

Больной С., 23 года, поступил после дорожно-транспортного происшествия (ДТП) с диагнозом: сочетанная травма, ЗЧМТ, ушиб головного мозга, закрытый перелом средней трети левого бедра, открытый оскольчатый перелом нижней трети обеих голени.

Жировая эмболия сосудов головного мозга (церебральная форма) возникла через 20 часов с момента поступления. Проводимая интенсивная терапия (включая ИВЛ) оказалась недостаточно эффективной. Выписан на 77-е сутки с диагнозом: апалический синдром (хроническое вегетативное состояние).

Больная А., 39-ти лет, поступила после дорожно-транспортного происшествия (ДТП) с диагнозом: сочетанная травма, ЗЧМТ, СМГ, ушиб грудной клетки, открытый перелом средней трети правого бедра со смещением.

Жировая эмболия сосудов малого круга кровообращения (легочная форма) возникла на четвертые сутки. Больная переведена на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Интенсивная терапия результатов не принесла. Смерть наступила на шестые сутки после поступления.

*Заключение.* Таким образом, при результативном превентивном лечении ЖЭ происходит разрешение жировой гиперглобулемии путем ферментативного расщепления эмболического жира, восстановления обычного эмульсионного состояния жиров плазмы, откладывания их в депо, трансформации и выделения. Практически на любой стадии эмболического процесса возможно спонтанное или обусловленное лечением обратное его развитие либо при исчерпании компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой или дыхательной систем резкое критическое ухудшение состояния пациента с фатальным исходом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеева Г.В., Букреев А.В., Ильина И.В., Алферова В.В. Мониторинг неврологического статуса у больных с постгипоксической энцефалопатией при переводе их на самостоятельное дыхание после длительной ИВЛ / Актуальные проблемы и перспективы развития современной реаниматологии: Материалы Международного симпозиума. – М., 1994. – С. 10.
2. Дерябин И.И., Насонкин О.С. Травматическая болезнь. – Л.: Медицина, 1987. – С. 301.
3. Зильбер А.П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 480.
4. Пащук А.Ю., Фадеев П.А. Лечение травматической болезни, осложненной жировой эмболией: Методические рекомендации. – Харьков, 1991. – 24 с.
5. Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. – М.: Медицина, 1994. – С. 368.

УДК 616.366 – 089

**Н.А. Кретов**

КГКП «Риддерская городская больница», г. Риддер

#### ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ЖЕЛЧНЫМ КАМНЕМ

*Өт тасы бар жіңішке ішектің обтурациясы сирек кездеседі. Өт тасы бар ішектің перфорациясы одан да сирек кездеседі. Біздің емханамызда болған 2 түрлі жағдай келтіріледі.*

*Региональный вестник Востока*

*Obturation of the small intestine gallstone is quite rare. Another less common intestinal perforation gallstone. The author presents two interesting cases from their own practice.*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространенных заболеваний. Рост заболеваемости ЖКБ приводит к увеличению числа таких серьезных осложнений, как внутренние билиодигестивные свищи и кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями. Среди острой кишечной непроходимости желчнокаменный илеус составляет 0,3-6% [1-4].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространения острой кишечной непроходимости и выявление особенностей её протекания у больных ЖКБ.

В городской больнице г. Риддера за последние 5 лет на лечении по поводу ЖКБ находилось 503 больных, из них оперированные – 340 (67,6%). За этот период госпитализировано 90 больных с клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости, разрешить которую консервативными мероприятиями удалось у 39 больных (43,3%), остальные – 51 больной (56,7%) были оперированы.

Обтурация просвета тонкой кишки желчными камнями оказалась причиной возникновения кишечной непроходимости у 2-х женщин, что составило 3,9% всех оперированных по поводу острой кишечной непроходимости или 0,6% всех оперированных по поводу ЖКБ.

1 Больная Л., 62-х лет. Карта стационарного больного № 184. Поступила в экстренном порядке 10 января в 20 ч 00 м, через 5 суток от начала заболевания. Переведена из терапевтического отделения с жалобами на периодические боли в правой половине живота. Болеет так в течение полугода, но ухудшения – в последние 5 суток. Лечилась в терапии с диагнозом: МКБ, хронический пиелонефрит, ХПН, ИБС, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Проводилось соответствующее лечение, восстановился диурез, но состояние больной ухудшалось. При переводе в хирургическое отделение состояние больной – тяжелое; повышенного питания. Дыхание везикулярное, ЧДД – 25 в одну минуту. Губы розовые, пульс – 88 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст., аритмия через 3-5 ударов. Локально: язык влажный, живот резко вздут, тимпанит, разлитая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании ампулы прямой кишки пустая. Анализ крови: ГБ – 140 г/л, Л –  $8,9 \times 10^9$ , П – 18, С – 68, Л – 10, М – 41, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 56 мм/ч. Биохимические анализы крови в пределах нормы. На УЗИ – эхокартина хронического пиелонефрита справа. Изменение паренхимы печени. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется горизонтальный уровень, слева тень. От проведенного консервативного лечения эффекта нет. Поставлен диагноз: С-ч толстого кишечника ? Обтурационная кишечная непроходимость.

Через 6 часов после поступления в хирургическое отделение больная взята в операционную, где под эндотрахеальным наркозом проведена срединно-срединная лапаротомия. Гнойный выпот во всех отделах брюшной полости, осушен.

Петли тонкого кишечника раздуты. Печень обычного размера, желчный пузырь в спайках. Тонкая кишка замурована в спайках. Спайки рассечены. Выделен некроз кишечника Д-3 см темно-фиолетового цвета, как пергаментная бумага. В просвете камень 3х2 см, который обтурировал просвет. Приводящие отделы тонкого кишечника раздуты, ниже – на 60 см до илеоцекального угла – спавшиеся. Патологии в толстой кишке нет. Произведена резекция тонкой кишки, отступя от некроза 15-20 см. Культы ушиты с погружением кисетным швом, сверху узловые швы. Наложена анастомоз «бок в бок» двухрядным швом. Декомпрессия кишечника через желудок и назогастральный зонд. Санация. Малый таз и боковые каналы дренированы резиновыми трубками.

Послеоперационный диагноз: обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. Некроз тонкой кишки. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Токсическая фаза. Макропрепарат: участок тонкой кишки длиной 40 см с некрозом стенки Д-3 см. В просвете желчный камень 3х2 см. В послеоперационном периоде получала соответствующее лечение – инфузионная терапия, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная и витаминная терапия, спазмолитики, обезболивающие, перевязки, ЛФК. Швы сняты через 10 суток, заживление первичным натяжением. Осложнений нет. Выписана домой с выздоровлением, рекомендован диспансерный учет у хирурга поликлиники. Осмотрена в поликлинике трижды – через полгода, год и 1,5 года после операции, жалоб нет, больная на пенсии, но активно трудится дома.

Приведенный случай характеризует нетипичность клинической картины, что представляет определенную трудность в диагностике и неоправданно задерживает оперативное лечение.

2 Больная П., 69-ти лет, карта стационарного больного № 165. Поступила в экстренном порядке 5 января в 16 ч 55 мин., через 6 часов от начала заболевания. Жалобы на боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту и рвоту. Состояние больной удовлетворительно, кожные покровы обычной окраски. Пульс – 80 ударов в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Локально живот при пальпации болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: ГБ – 156 г/л, Л –  $14,8 \times 10^9$ , П – 10, СОЭ – 4 мм/ч, анализ мочи в норме. Биохимический анализ крови в пределах нормы. УЗИ: эхо-признаки хронического холецистопанкреатита (в желчном пузыре застойная желчь). В хирургическом отделении проведено консервативное лечение (глюкозо-новокаиновая смесь, обезболивающие, спазмолитики, холод на живот). От проведенного лечения эффекта нет. Боли в животе усилились, рвота застойная. Состояние больной средней тяжести. Локально: язык сухой, живот при пальпации напряжен и болезнен в правой половине и эпигастрии. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Анализ крови повторно: ГБ – 186 г/л, Л –  $16,7 \times 10^9$ , П – 22, С – 57, СОЭ – 30 мм/ч. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – картина тонкокишечной непроходимости. Через 1 сутки от поступления в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом произведена срединно-срединная лапаротомия. В брюшной полости, в правом боковом канале серозно-фибринозный выпот осушен. При ревизии: тонкий кишечник раздут на расстоянии до 1,5 м от Т-трейцовой связки с фибриным налетом. В этом месте в просвете тонкого

кишечника пальпируется камень 3,5x2,5 см, обтурирован. Ниже кишечник спавшийся. Некроз стенки тонкой кишки до 1,0x0,5 см, темно-фиолетового цвета. Камень продвинуть не удалось. Энтеротомия поперечная, камень удален. Поперечный двухрядный шов. Область некроза погружена двухрядным серо-серозным швом. Содержимое приводящей петли тонкого кишечника эвакуировано в желудок и далее электроотсосом. Блокада корня брыжейки тонкого кишечника раствором новокаина 0,25% – 80,0 мл. Через контрапертуру в правой подвздошной области дренирован малый таз и правый боковой канал. В подпеченочном пространстве спаечный процесс.

Послеоперационный диагноз: острая обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. Некроз стенки тонкого кишечника (пролежень). Местный серозно-фибринозный перитонит. Токсическая фаза.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 11-е сутки, заживление первичное. Осложнений нет. Выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: диспансерный учет и наблюдение у хирурга поликлиники. Осмотрена через 2 года, жалоб нет, трудоспособная.

### ВЫВОДЫ

1 Желчнокаменная непроходимость кишечника имеет ряд специфических особенностей и характеризуется нетипичной клинической картиной, что обуславливает диагностические трудности и оперативное лечение в поздние сроки.

2 Основные направления в профилактике данного заболевания – плановая санация больных с желчнокаменной болезнью.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Антонович Ю.И. Флегмона тонкой кишки, вызванная обтурацией просвета желчным камнем // Хирургия. – 1988. – № 3. – С. 51-54.

2 Добровольский С.Р., Иванов И.П., Нагай И.В. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51-55.

3 Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. – Казань: Издательство Казанского ун-та, 1984. – С. 107-121.

4 Федоров А.В., Чернова Т.Г. Желчнокаменная непроходимость тонкой кишки // Хирургия. – 1992. – № 1. – С. 53-56.

УДК 616.3.346

### Н.А. Кретов

КГКП «Риддерская городская больница», г. Риддер

### СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, СИМУЛИРУЮЩАЯ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

*Біздің емханамыздағы материалдар бойынша, іштегі аппендициттің ауыр түрі ғана емес, сондай-ақ ішектің түйілуіне себеп болатын бөлектеніп жабысқан жерлері бар ауыр түрінің екі*

---

***Шығыстың аймақтық хабаршысы***

---