

## НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 618.3-06-08: 618.11-006.2  
doi: 10.48612/agmu/2022.3.1.59.63

3.1.9. – Хирургия (медицинские науки)

### ОСТРАЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

\*Гиви Доментиевич Одишелашвили, Дмитрий Владимирович Пахнов,  
Ната Гивиевна Одишелашвили  
Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

*Аннотация.* Рассмотрено редкое осложнение желчекаменной болезни, а именно – острая желчекаменная кишечная непроходимость. Подробно описана лечебно-диагностическая тактика при указанной патологии. Клинический материал представлен случаем из практики лечения больной С., 1946 г. рождения, госпитализированной в хирургическое отделение через 2 недели от начала заболевания. При постановке диагноза руководствовались выполнением необходимых лабораторных и инструментальных исследований. Лечебная тактика основана на хирургическом вмешательстве с устранением кишечной непроходимости на первом этапе. Ликвидация билиодигестивной фистулы осуществлена в плановом порядке. После проведенного лечения состояние больной улучшилось, в удовлетворительном состоянии выписана.

*Ключевые слова:* желчекаменная кишечная непроходимость, конкремент, хирургическое лечение

*Для цитирования:* Одишелашвили Г. Д., Пахнов Д. В., Одишелашвили Н. Г. Острая желчекаменная кишечная непроходимость // Прикаспийский вестник медицины и фармации. 2022. Т. 3, № 1. С. 59–63.

## OBSERVATION FROM PRACTICE

Original article

### ACUTE CHOLELITHIASIS INTESTINAL OBSTRUCTION

Givi D. Odishelashvili, Dmitriy V. Pakhnov, Nata G. Odishelashvili  
Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

*Abstract.* The article is devoted to a rare complication of cholelithiasis, namely, acute cholelithiasis obstruction. The paper describes in detail the treatment and diagnostic tactics of attachment. The clinical material of the practice is presented by cases of treatment of patient S., born in 1946, hospitalized in the surgical department 2 weeks after the onset of the disease. When establishing the diagnosis, we were guided by the performance of laboratory and instrumental studies. Therapeutic tactics is based on surgical intervention with the elimination of intestinal obstruction at the first stage. Elimination of biliodigestive fistula was carried out in a planned manner. After the treatment, the patient's condition improved. Discharged in a satisfactory condition.

*Keywords:* gallstone intestinal obstruction, calculus, surgical treatment

*For citation:* Odishelashvili G. D., Pakhnov D. V., Odishelashvili N. G. Acute cholelithiasis intestinal obstruction. Caspian Journal of Medicine and Pharmacy. 2022; 3 (1): 59–63. (In Russ.).

**Введение.** Желчекаменную кишечную непроходимость с уверенностью можно отнести к редко встречаемой патологии [1, 2, 3]. Вероятность ее возникновения варьирует в пределах 0,26–4 % от всех случаев кишечной непроходимости механического генеза [4-13]. Причиной данной патологии

\* © Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Н.Г., 2022

является осложненное течение желчекаменной болезни. При длительном «каменосительстве» и продолжительном воспалении в желчном пузыре возможно развитие сообщения между желчным пузырем и кишечником, формируется так называемая билиодигестивная фистула. Через указанное сообщение конкремент из полости желчного пузыря попадает в просвет желудочно-кишечного тракта и служит причиной развития обтурационной кишечной непроходимости.

Заболевание лишено типичной клинической картины, что в ряде случаев может обуславливать трудность диагностики, а также своевременность хирургического вмешательства [4, 14]. Наиболее часто это заболевание встречается у лиц пожилого возраста, что определяет высокий процент осложнений и летального исхода [15-20]. Основным методом инструментальной диагностики указанной патологии по праву можно считать компьютерную томографию (КТ). Метод позволяет определить характерные эхографические признаки кишечной непроходимости и выявить ее причину. Тактика ведения пациентов с установленным диагнозом «Желчекаменная кишечная непроходимость», несомненно, направлена в пользу экстренного хирургического вмешательства.

**Цель:** представить клинический случай успешного лечения больной с редким осложнением желчекаменной болезни – острой обтурационной кишечной непроходимостью.

**Материалы и методы исследования.** При постановке диагноза руководствовались клиническими рекомендациями, а также стандартами диагностики и лечения больных с острой кишечной непроходимостью и желчекаменной болезнью. Обследование включало в себя сбор анамнестических данных и жалоб больной, произведен ее осмотр и полное физикальное обследование. Лабораторное обследование включало в себя общеклинические и биохимические методы исследования. Для определения количества форменных элементов крови использовали камеру Горяева. При помощи метода Панченкова определена скорость оседания эритроцитов. Для исследования содержания в крови больной уровней аланиноаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы, амилазы, глюкозы, креатинина и мочевины использован УФ-кинетического теста, а также биохимический анализатор «BeckmanCoulter AU 680» («BeckmanCoulterMishima К.К.», Япония).

Ультразвуковая визуализация осуществлена при помощи сканера «HitachiAloka SSD-4500» («Hitachi», Япония). Для подтверждения диагноза выполнена КТ (томограф «GE HealthcareOptima CT660» («GE Healthcare», США)). Исследование произведено при следующих параметрах: напряжение на рентгеновской трубке 120 кВ, сила тока 200–350 мА, матрица изображения 512 × 512. Толщина среза составляла 7 или 5 мм, скорость подачи стола соответствовала толщине выделяемого слоя – 7 или 5 мм (pitch = 1), индекс реконструкции – 5 или 4 мм. Проведен метрический и денситометрический анализ полученных изображений. Плотность органов и тканей определяли в единицах Хаунсфилда (HU). Кроме анализа поперечных срезов, применяли построение мультипланарных и трехмерных реконструкций

**Клиническое наблюдение.** Больная С., 1946 г. рождения, госпитализирована в хирургическое отделение №1 ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» г. Астрахани, 9 января 2019г., спустя 2 недели от начала заболевания. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на боли в эпигастрии, правом подреберье, горечь во рту, тошноту и многократную рвоту, возникающую после приема небольшого количества пищи.

Обследование больной началось с выполнения ультразвукового исследования органов брюшной полости, в ходе чего было обнаружено, что желчный пузырь имел размеры 57 × 37 мм, стенки его до 2 мм, а в просвете имелся конкремент до 19 мм.

Кроме того, произведено рентгенографическое исследование органов брюшной полости в положении стоя. При анализе рентгенологического снимка отмечено наличие в брюшной полости отдельного скопления газа без уровней жидкости. Свободного газа под диафрагмой, а также арок и «чаш Клойбера» не выявлено. Создалось впечатление о наличии газа в проекции печеночных протоков.

С целью дальнейшего обследования выполнено КТ-исследование органов брюшной полости, в результате чего установлено, что печень не увеличена. Контуры ее ровные и четкие, структура паренхимы не однородная за счет имеющейся кисты в проекции s7 размером до 24мм. Плотностные показатели паренхимы были снижены, среднее значение показателя равнялось +39 ед. по НУ. Сосудистая система и внутрпеченочные протоки не расширены, наблюдались явления аэрохолии. Холедох не расширен. Желчный пузырь с утолщенными стенками до 6мм, довольно увеличен 110–42 мм с жидкостным содержимым, по плотности соответствующей желчи. В проекции дна отмечалось наличие конкремента размерами 59–42 мм. Поджелудочная железа расположена обычно, не увеличена. Контуры ее неровные, четкие. Структура неоднородная, с жировой ацинарной перестройкой. Плотностные показатели снижены до +32 ед. по НУ. Обызвествлений паренхимы железы и расширения ее

протока не отмечено. Желудок увеличен в размерах. Жидкости в брюшной полости не выявлено.

При выполнении фиброгастроуденоскопии обнаружено наличие на задней стенке постбульбарного отдела фистулы, до 2,5–3,0 см. Ниже нее виднелся конкремент размером 5,0 × 3,5 см желтого цвета. Неоднократные попытки захватить последний корзинкой Дормиа успехом не заканчивались.

Произведено стандартное лабораторное обследование, укладываемое в рамки медицинских стандартов и порядков оказания медицинской помощи с соответствующей патологией. При выполнении обследования значимых клиничко-лабораторных изменений обнаружено не было.

После проведения стандартной предоперационной подготовки больная была прооперирована. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. При выполнении ревизии брюшной полости в подпеченочном пространстве обнаружен инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки и большого сальника. Желудок перерастян за счет имеющегося содержимого, стенки его гипертрофичны. Тонкая и толстая кишки спаившиеся. Выпота в брюшной полости нет. Желчный пузырь с хроническим воспалением, сращен с передней стенкой 12-перстной кишки, в просвете которой пальпаторно определяется каменной плотности образование, трудно-подвижное, размером 10,0 × 4,0 см, продолговатой формы, обтурирующее весь просвет кишки и вызывающее в этом месте высокую тонкокишечную непроходимость.

Учитывая тяжесть состояния, решено удалить конкремент из 12-перстной кишки путем выполнения гастротомии на передней стенке. Конкремент по возможности перемещен к выходному отделу желудка, после чего произведена гастротомия и камень был извлечен. Рана желудка ушита двухрядными швами. Гемостаз. Установлен желудочный зонд. К зоне операции подведена дренажная трубка.

Течение послеоперационного периода проходило без особенностей. Пациентка получала стандартную терапию, включающую в себя обезболивание, антибактериальную, антикоагулянтную и инфузионную терапию. Производилась перевязка послеоперационной раны. Назогастральный зонд удален после восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка. Дренажная трубка из брюшной полости удалена на 3 сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 9 сутки. Ко дню выписки состояние больной было удовлетворительным, жалоб не имела. Пассаж по желудочно-кишечному тракту не нарушен.

**Заключение.** При сложившейся ситуации основной целью хирургического вмешательства должно являться устранение острой обтурационной кишечной непроходимости. Ликвидацию билиодигестивной фистулы следует выполнить в плановом порядке.

#### **Список источников**

1. Баулин А. А., Баулин Н. А., Тищенко А. И. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1991. № 11. С. 50–53.
2. Бохан К. Л. Билиарный илеус по России и бывшему СССР за 100 лет с 1893 по 1993. М., 1993. 172 с.
3. Гоменюк Е. И., Мамчич В. И., Степаненко А. П. Редкое наблюдение желчнокаменной непроходимости кишечника // Клиническая хирургия. 1981. Т. 72, № 9. С. 78–84.
4. Бачев И. И., Кузнецов В. П., Сирота В. И. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1992. № 12. С. 6–8.
5. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар-М, 2009. 568 с.
6. Горбунов О. М., Шалагинов С. И. К хирургии обтурационной желчнокаменной непроходимости // Вестник хирургии. 1990. № 3. С. 40–41.
7. Горский В. А., Фаллер А. П., Ованесян Э. Г., Исаков Р. Р. Желчнокаменная кишечная непроходимость // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11, № 3. С. 74–79.
8. Дуберман Л. Б., Ярыгин В. А. Обтурационная желчнокаменная кишечная непроходимость // Клиническая хирургия. 1981. № 9. С. 72–76.
9. Ковалев А. П., Дуденко Ф. И., Лысенко Б. Ф. Желчнокаменная непроходимость кишечника как осложнение калькулезного // Вестник хирургии. 1990. № 7. С. 46–47.
10. Лебедь Л. Д., Приходько Н. Т., Брюшков С. С. Хирургическое лечение редких форм осложнений желчнокаменной болезни и рака желчного пузыря // Клиническая хирургия. 1981. № 9. С. 45–47.
11. Милида Н. Н., Луценко Н. С. Осложнения желчнокаменной болезни внутренним желчнокишечным свищом, обтурационной кишечной непроходимостью и перфорацией кишечника // Клиническая хирургия. 1987. № 9. С. 62–64.
12. Федоров А. В., Чернова Т. Г. Желчнокаменная непроходимость тонкой кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1992. № 1. С. 37–42.
13. Харитонов С. В., Ранжеев И. Б., Харитонов С. С. Желчнокаменная кишечная непроходимость: вопросы диагностики и лечения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 10. С. 39–43.

14. Ошовский И. Н., Химич С. Д., Датишин Л. Е., Ошовский И. Н., Химич С. Д., Датишин Л. Е. Редкое сочетание деструктивного холецистита и кишечника у больного с ожирением // Клиническая хирургия. 1995. № 3. С. 47–48.
15. Боженков Ю. Г., Коцовский М. И., Алексеев М. В. Желчнокаменная непроходимость при холедостодуоденальном свище // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 1991. № 11. С.43–46.
16. Бохан К. Л. К 100-летию с момента первой в России операции по поводу билиарного илеуса // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1993. № 7. С. 80–84.
17. Буромская Г. А., Унеао А. В. Желчнокаменная непроходимость двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1990. № 7. С. 141–142.
18. Дейкало И. М., Осадчук Д. В., Карел О. И., Махницкий А. В., Назарко Р. В. Острая желчнокаменная непроходимость тонкой кишки // Клиническая хирургия. 2018. Т. 85, № 1. С. 79–80.
19. Могучев В. М., Прикупец В. Л., Кавешникова И. Е. Острая обтурационная желчнокаменная непроходимость // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1985. № 8. С. 51–54.
20. Тенета С. Б. Кишечная непроходимость, вызванная камнем желчного пузыря // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1998. № 3. С. 56–58.

### References

1. Baulin A. A., Baulin N. A., Tishchenko A. I. Gallstone intestinal obstruction. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1991; (11): 50–53. (In Russ.).
2. Bokhan K. L. Biliary ileus in Russia and the former USSR for 100 years from 1893 to 1993. Moscow. 1993. 172 p. (In Russ.).
3. Gomenyuk E. I., Mamchich V. I., Stepanenko A. P. Rare observation of gallstone obstruction of the intestine. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical Surgery*. 1981; 72 (9): 141–142. (In Russ.).
4. Bachev I. I., Kuznetsov V. P., Sirota V. I. Gallstone intestinal obstruction. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1992; (12): 6–8. (In Russ.).
5. Galperin E. I., Vetshev P. S. Guidelines for Biliary Surgery 2nd edition. Moscow; 2009. 568 p. (In Russ.).
6. Gorbunov O. M., Shalaginov S. I. To the surgery of obstructive gallstone obstruction. *Vestnik khirurgii = Bulletin of Surgery*. 1990; (3): 141–142. (In Russ.).
7. Gorskiy V. A., Faller A. P., Ovanesyan E. G., Iskhakov P. P. Gallstone intestinal obstruction. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals surgical hepatology*. 2006; 11 (3): 74–79. (In Russ.).
8. Duberman L. B., Yarygin V. A. Obstructive gallstone ileus. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical surgery*. 1981; (9): 72–76. (In Russ.).
9. Kovalev A. P., Dudenko F. I., Lysenko B. F. Gallstone ileus as a complication of calculous cholecystitis. *Vestnik khirurgii = Bulletin of Surgery*. 1990; (7): 46–47. (In Russ.).
10. Lebed' L. D., Prikhod'ko N. T., Bryushkov S. S. Surgical treatment of rare forms of complications of cholelithiasis and gallbladder cancer. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical surgery*. 1981; (9): 45–47.
11. Moguchev V. M., Prikupets V. L., Kaveshnikova I. E. Acute obstructive gallstone obstruction. *Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1985; (8): 51–54. (In Russ.).
12. Fedorov A. V., Chernova T. G. Gallstone obstruction of the small intestine Surgery. *Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1992; (1): 37–42. (In Russ.).
13. Kharitonov S. V., Ranzheev I. B., Kharitonov S. S. Gallstone intestinal obstruction: issues of diagnosis and treatment. *Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2018; (10): 39–43. (In Russ.).
14. Oshovskiy I. N., Khimich S. D., Datishin L. E., Oshovskiy I. N., Khimich S. D., Datishin L. E. Rare Combination of Destructive Cholecystitis and Bowel in an Obese Patient. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical Surgery*. 1995; (3): 47–48. (In Russ.).
15. Bozhenkov Yu. G., Kotsovskiy M. I., Alekseev M. V. Gallstone obstruction in cholecystoduodenal fistula. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1991; (11): 43–46. (In Russ.).
16. Bokhan K. L. To the 100th anniversary of the first operation in Russia for biliary ileus. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery* 1993; (7): 80–84. (In Russ.).
17. Buromskaya G. A., Uneaо A. V. Gallstone obstruction of the duodenum. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1990; (7): 141–142. (In Russ.).
18. Deykalo I. M., Osadchuk D. V., Karel O. I., Makhnitskiy A. V., Nazarko R. V. Acute gallstone obstruction Small Intestine. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical Surgery*. 2018; 85 (1): 79–80. (In Russ.).
19. Milida N. N., Lutsenko N. S. Complications of cholelithiasis with internal biliary fistula, obstructive intestinal obstruction and intestinal perforation. *Klinicheskaya khirurgiya = Clinical surgery*. 1987; (9): 62–64. (In Russ.).
20. Teneta S. B. Intestinal obstruction caused by a gallbladder stone. *Zhurnal im. N.I. Pirogova = Pirogov Russian Journal of Surgery*. 1998; (3): 56–58. (In Russ.).

### **Информация об авторах**

*Г.Д. Одишелашвили*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: Givi64@mail.ru.

*Д.В. Пахнов*, доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней стоматологического факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: Pahnov1@mail.ru.

*Н.Г. Одишелашвили*, студентка V курса, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: 8liano@mail.ru.

### **Information about the authors**

*G.D. Odishelashvili*, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: Givi64@mail.ru.

*D.V. Pakhnov*, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: Pahnov1@mail.ru.

*N.G. Odishelashvili*, Student, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: 8liano@mail.ru.\*

---

\* Статья поступила в редакцию 25.03.2022; одобрена после рецензирования 01.04.2022; принята к публикации 20.04.2022.

The article was submitted 25.03.2022; approved after reviewing 01.04.2022; accepted for publication 20.04.2022.