



Н. Т. Чемодуров, А. Ю. Белоконь, С. В. Сёмченко

Клиника «Генезис», Симферополь

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ЭНТЕРОЛИТОТОМИЯ

Описан случай успешной лапароскопически ассистированной энтеротомии, которая была выполнена пациентке с обтурационной тонкокишечной непроходимостью, вызванной энтеролитом растительного происхождения.

■ **Ключевые слова:** энтеролит, тонкокишечная непроходимость, лапароскопия.

Обтурационная непроходимость тонкой кишки встречается менее чем в 2% случаев всех форм острой кишечной непроходимости [1]. Наиболее частой причиной этой редкой патологии являются крупные желчные камни, попавшие в просвет тонкой кишки через внутренний желчный свищ [3, 4]. Случаи тонкокишечной непроходимости, вызванной энтеролитом растительного происхождения, являются единичными и описываются как казуистические [2].

### *Клинический случай*

Пациентка П., 1961 года рождения, обратилась в клинику 13.11.2012 г. с жалобами на периодические боли спастического характера в правой подвздошной области и мезогастрии, сухость во рту, тошноту, однократную рвоту светлым желудочным содержимым (13.11.2012 г. рано утром). Из анамнеза: утром 09.11.2012 г. появились острые спастические боли в животе, тошнота. Накануне вечером съела большое количество арахиса. Со слов больной (выписки не было) в период с 09.11.2012 г. по 12.11.2012 г. находилась на лечении в хирургическом отделении ЦРБ по месту жительства с диагнозом «Острая тонкокишечная спаечная непроходимость» (2008 г. — аппендэктомия). Учитывая малую эффективность консервативной терапии, вечером 12.11.2012 г. предложено оперативное лечение. От операции больная отказалась, утром 13.11.2012 г. самостоятельно покинула отделение и обратилась в клинику «Генезис».

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Телосложение нормостеническое, обычного питания. Язык влажный, чистый. Живот асимметричный, умеренно вздут в правой подвздошной области, там же зрелый послеоперационный рубец длиной не более 5 см; живот в акте дыхания участвует. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, там же пальпируются урчащие петли тонкой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика активная. Самостоятельный стул 09.11.2012 г.; а 11.11.2012 г. и 12.11.2012 г. — скудный стул после очистительных клизм. В клинике выполнена цифровая обзорная рентгенограмма органов брюшной полости. Диагностирована тонкокишечная непроходимость. Больная госпитализирована для дооперационной подготовки и оперативного лечения (лапароскопия, адгезиолизис).

Во время операции: в малом тазу до 70 мл светло-желтого прозрачного выпота — осушен отсосом; спаечного процесса в брюшной полости нет. В правой подвздошной области, гипо- и мезогастрии расположены расширенные (диаметром до 3 см) гиперемированные петли тонкого кишечника (длина измененной части кишечника до 70 см); от илеоцекального угла около 50 см неизменной спавшейся тонкой кишки. На границе расширенной и спавшейся кишки в просвете визуализируется образование, создающее частичную обтурацию просвета. При инструментальной пальпации образование смещается — энтеролит. По старому послеоперационному рубцу после аппен-



Рис. 1. Выведенная петля тонкой кишки



Рис. 2. Энтеролитотомия



Рис. 3. Извлеченный энтеролит

дэктомии осуществлен доступ в брюшную полость, выведена петля тонкой кишки с энтеролитом (рис. 1).

На границе измененной и неизмененной стенки тонкой кишки осуществлена поперечная энтеролитотомия (рис. 2), извлечен энтеролит (фитобезоар) размером 3 × 5 см (рис. 3).

Энтеротомия ушита двухрядным швом («Викрил» 4/0; полидиоксанон 3/0), кишка погружена в брюшную полость. Послойный шов раны. Контрольная лапароскопия: гемостаз, сухо. Установлен дренаж в малый таз.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольный дренаж удален на следующие сутки. Больная выписана 17.11.2012 г.

## Литература

1. Жданов С. М. Комплексне лікування гострої тонкокишкової непрохідності з використанням ранньої ентеральної терапії: Автореф. ...канд. мед. наук. — К.: Нац. мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, 2008. — 20 с.

2. Савельев В. С., Кириенко А. И. Клиническая хирургия: Нац. рук-во в 3 т. — 1-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 832 с.
3. Goyal A., Srivastava A. Gallstone ileus following endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy: a case report // J. Med. Case Rep. — 2008. — Vol. 2. — P. 342.
4. Kirchmayr W., Muhlmann G., Zitt M. et al. Gallstone ileus: rare and still controversial // ANZ. J. Surg. — 2005. — Vol. 75. — P. 234–238.

**М. Т. Чемодуров, О. Ю. Білоконь, С. В. Сьомченко**

Клініка «Генезис», Сімферополь

## ЛАПАРОСКОПІЧНО АСИСТОВАНА ЕНТЕРОЛІТОТОМІЯ

Описано випадок успішної лапароскопічно асистованої ентеротомії, яку було виконано пацієнтці з обтураційною тонкокишковою непрохідністю, викликаною ентеролітом рослинного походження.

**Ключові слова:** ентероліт, тонкокишкова непрохідність, лапароскопія.

**M. T. Chemodurov, O. Yu. Bilokon', S. V. Syomchenko**

Clinic «Genesis», Simferopol

## LAPAROSCOPIC ASSISTED ENTEROLITHOTOMY

The case report describes the successful laparoscopic assisted enterolithotomy that was done in female patient with small bowel obstruction caused by plant's origin enterolith.

**Key words:** enterolith, small bowel obstruction, laparoscopic.