

Коллектив авторов, 2009
УДК 616.37-002.2-06:616.25-002-089

А.И.Киселев, И.И.Данциг, Г.С.Сабурова, Э.А.Синявский

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ ПЛЕВРИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ СВИЩА

ОАО РЖД НУЗ «Дорожная клиническая больница Октябрьской железной дороги» (дир. — д-р мед. наук Н.В.Ефимов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: панкреатогенный плеврит, рецидивирующий панкреатит, свищ.

За последние годы увеличилось число больных с хроническим панкреатитом, который составляет 6,5% от числа всех пациентов с заболеваниями органов пищеварения [1]. Возросло внимание к осложнениям при этом заболевании [2], среди которых панкреатогенный плеврит встречается в 17–20% наблюдений [3]. Одним из механизмов его образования является возникновение свищей между поджелудочной железой и плевральной полостью.

Цель данного сообщения — привлечь внимание хирургов и терапевтов к возможности такого серьезного осложнения. Приводим наблюдение.

Больной Т., 61 года, госпитализирован 15.01.2008 г. в Дорожную клиническую больницу с подозрением на левосторонний экссудативный плеврит, с жалобами на слабость, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, периодические боли в верхней половине живота, преимущественно слева. С 2006 г. страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом, подтвержденным обследованием в стационаре.

При поступлении: состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые оболочки чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Частота пульса 76 уд/мин. АД 170/80 мм рт. ст., число дыханий 22 в 1 мин. Грудная клетка правильной формы, левая половина отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева под лопаткой тупой звук. Дыхание слева ниже угла лопатки не выслушивается, справа — бронховезикулярное. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный, слева вздут. Размер печени по Курлову 12×10×8 см. Анализ крови 15.02.2008 г.: Нв 147 г/л, эр. $4,7 \times 10^{12}/л$, цв. пок. 0,94, л. $14,3 \times 10^9/л$, э. 11%, п. 7%, с. 72%, лимф. 18%, мон. 2%, СОЭ 10 мм/ч, протромбиновый индекс 97%, фибриноген 6 г/л, холестерин 5,1 ммоль/л, амилаза 328 ед./л, общий белок 68 г/л. Анализ мочи без патологии (физиологическая норма). Амилаза мочи 409 ед./л. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88 в 1 мин. Гипертрофия левого желудочка с нарушением процессов реполяризации миокарда заднебоковой стенки и области верхушки. Рентгенография органов грудной клетки: в левой плевральной полости выявляется жидкость до уровня II ребра. Орга-

ны средостения смещены вправо. Плевральная пункция 16.01.2008 г. — по заднеподмышечной линии слева получено 2,5 л жидкости бурого цвета. Повторная плевральная пункция 17.01.2008 г. — получено 1,7 л геморрагического экссудата. Исследование плевральной жидкости: мутная, в осадке эритроциты, отн. плотн. 1,027, реакция нейтральная, белок 18 г/л, гематокрит 2%, амилаза 6460 ед./л, микобактерии туберкулеза не найдены, микрофлора не обнаружена. 18.01.2008 г. осмотрен фтизиопульмонологом и хирургом — высказано мнение о ферментогенном характере плеврита на фоне хронического панкреатита.

За время пребывания в стационаре отмечено повторное накопление жидкости в плевральной полости. 26.01.2008 г. выполнена плевральная пункция, получено 200 мл экссудата. Произведено обследование на онкомаркеры, оказавшиеся в пределах нормы (РАЭ, СА-19-9, альфа-фетопротеин). В биохимическом анализе крови сохраняется увеличение амилазы 312–740 ед./л, амилаза мочи составляет 1232–1014 ед./л. 04.02.2008 г. произведена ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография): проток поджелудочной железы обычного калибра, без дефектов наполнения. В хвосте поджелудочной железы неоднородно контрастируется небольших размеров депо. При компьютерной томографии (КТ) грудной клетки и брюшной полости диагностирован плевропанкреатический свищ, левосторонний плеврит.

Больной переведен в хирургическое отделение, и 28.02.2008 г. выполнена верхняя срединная лапаротомия. Вскрыта сальниковая сумка. Тело и хвост поджелудочной железы фиброзно изменены. От тела железы, слева от червного ствола определяется фиброзный свищевой ход диаметром 0,6 см, идущий к диафрагме позади пищевода. Фиброзные изменения распространяются на парапанкреатическую клетчатку. Часть тела и головка железы без изменений. Свищевой ход пересечен у диафрагмы. Выполнена резекция хвоста и тела поджелудочной железы, удалена селезенка. Левая плевральная полость дренирована в восьмом межреберье и по среднеключичной линии, эвакуировано 1400 мл прозрачного выпота. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж из плевральной полости удален на 3-и сутки. Рана зажила первичным натяжением. На контрольной рентгенограмме грудной клетки: легкие расправлены, без инфильтративных изменений, жидкости в плевральных полостях не выявлено. На 9-е сутки сняты швы. 13.03.2008 г. больной выписан из стационара.

В приведенном наблюдении у больного, страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, заболевание осложнилось ферментогенным плевритом (повышенный уровень амилазы). Особенностью плеврита явилось быстрое накопление выпота, несмотря на частые пункции, что дало основание заподозрить формирование панкреатоплеврального свища. Оперативное вмешательство (резекция хвоста и тела поджелудочной железы с иссечением свища) позволило ликвидировать это осложнение. Нам представляется, что хирургический метод в насто-

ящее время является достаточно радикальным в лечении подобного рода осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Броун Л.М. Заболевания поджелудочной железы: Справочник терапевта / Под ред. Б.И.Шулутко.—СПб.: Ренкор, 1996.— С. 224–226.
2. Маев И.В., Казюлин А.Н., Курчавый Ю.А. Хронический панкреатит.—М.: Медицина, 2005.—504 с.
3. Тюхтин Н.С. Болезни плевры // Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р.Палеева.—М.: Медицина, 2000.—С. 673–703.

Поступила в редакцию 15.12.2008 г.

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.361-002-02::616.366-003.7-06:616.34-007.272-089

А.А.Шабонов, А.П.Каскевич, С.Б.Жущиковский

ЖЕЛЧНЫЙ КАМЕНЬ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хирургическое отделение Муниципального учреждения «Новоскольническая центральная районная больница»
(главврач — А.П.Каскевич), Псковская обл., г. Новоскольники

Ключевые слова: желчный камень, тонкокишечная непроходимость.

Вопросы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) остаются одной из наиболее сложных и далеко не решенных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. На долю острой кишечной непроходимости приходится от 1,2 до 9,4% от общего числа всех острых хирургических заболеваний [3, 6, 7], а показатели летальности, несмотря на интенсивное внедрение в практику новых медицинских технологий, остаются стабильно высокими, достигая 15–25% [1, 4, 8].

В 97% наблюдений камни в желчные протоки мигрируют из желчного пузыря. Их первичное образование в желчных протоках встречается не более чем у 1–3% больных [2, 5].

Мы располагаем клиническим наблюдением лечения острой тонкокишечной непроходимости, вызванной желчным конкрементом.

Больная Ш., 72 года, доставлена в стационар 03.04.2008 г. с жалобами на сильные боли в левой ягодице, подъем температуры тела до 39 °С. Неделю тому назад получала внутримышечные инъекции баралгина по поводу болей в животе. В 2006 г. обследована по поводу желчнокаменной болезни, заподозрена опухоль общего желчного протока (от оперативного вмешательства отказалась).

Состояние больной тяжелое. Сбор анамнеза затруднен из-за интоксикации. Кожный покров бледный, пульс 96 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Язык сухой. Живот симметричный, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации безболезненный. На левой ягодице выявлен постинъекционный абсцесс. При пальпации определяется флюктуация. При вскрытии эвакуировано около 600 мл гнойного отделяемого. Полость промыва, дренирована резиновым выпускником. Получала соответствующую терапию. На 5-е сутки после