

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 «Новосокольническая центральная районная больница»
(главврач — А.П.Каскевич), Псковская обл., г. Новосокольники

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

вскрытия абсцесса возникла клиника тонкокишечной непроходимости, которая подтверждена рентгенологически. Общий анализ крови 08.04.2008 г.: эр. $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 136 г/л; цв. пок. 0,9; л. $12,5 \times 10^9/л$; эоз. 1%; п. 4%; с. 81%; лимф. 16%; мон. 2%; СОЭ 70 мм/ч.

Через 1 час 30 мин после установления диагноза «острая тонкокишечная непроходимость неясного генеза» больная взята на операцию. Под общим обезболиванием из верхне-срединного доступа произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости установлено: раздутые петли тонкой кишки на протяжении 1,5 м от связки Трейтца с мешковидными расширениями (дивертикулез). В просвете кишки пальпируется плотное, малоподвижное образование. Тонкая кишка дистальнее образования спавшаяся. Другой патологии не выявлено. Вскрыта кишка и извлечен желчный конкремент (внешний вид пигментный) размером 6×5×4 см. Стенка кишки зашита двухрядным швом.

Послеоперационный период протекал гладко. В удовлетворительном состоянии 21.04.2008 г. больная выписана на амбулаторное лечение.

Необычность наблюдения — обтурация просвета тонкой кишки желчным конкрементом, вероятно, сформировавшимся в полости дивертикула тонкой кишки. В нашей практике это встретилось впервые. Сообщений о подобных случаях в доступной литературе нами не найдено.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белоконев В.И. Тактика и лечение острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза // IX Всероссийский съезд хирургов: Тезисы.—Волгоград, 2000.—С. 145.
2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии.—М.: Медицина, 1988.—168 с.
3. Ким В.Ю., Карашуров С.Е. Актуальные проблемы лечения острой кишечной непроходимости // IX Всероссийский съезд хирургов: Тезисы.—Волгоград, 2000.—С. 178.
4. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Миннегалиев М.М. Диагностика и лечение больных с острой кишечной непроходимостью // Там же.—С. 148.
5. Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром // Анн. хир. гепатол.—2006.—№ 3.—С. 32–33.
6. Bromenshenkel J., Newcomb M., Thompson J. Continuous quality improvement efforts decrease postoperative ileus rates // J. Health Qual.—2000.—Vol. 22, № 2.—P. 4–7.
7. Fevang B.T., Fevang J., Stangeland L. et al. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: A 35-year institutional experience // Ann. Surg.—2000.—Vol. 231, № 4.—P. 529–537.
8. Johannet H., Traxer O. Acute occlusions of the small intestine caused by adhesions. Indications and results // Ann. Chir.—1999.—Vol. 53, № 9.—P. 859–864.

Поступила в редакцию 04.05.2008 г.