

ская нервная система) [5]. Диагноз ставится на основании рекомендаций Американского общества ревматологов при наличии 4-х критериев и более из следующих: БА, эозинофилия крови >10%, периферическая моно- или полинейропатия, мигрирующие или транзиторные лёгочные инфильтраты, патология околоносовых пазух и внесосудистая эозинофилия (скопление эозинофилов во внесосудистом пространстве) [6]. В целях ранней диагностики ЭГПА необходима настороженность при возникновении лёгочных инфильтратов у больных БА с аллергическим ринитом или риносинусопатией в сочетании с гиперэозинофилией периферической крови.

ЛИТЕРАТУРА

Jeong Y.J., Kim K.I., Seo I.J. et al. Eosinophilic lung diseases: a clinical, radiologic and pathologic overview. Radiographics 2007. 27(3): 617-637.

Чучалин А.Г. Гиперэозинофилия при заболеваниях органов дыхания // Тер. арх. 2003. 3: 5-15.

Парсонз П.Э. Секреты пульмонологии /Пер. с англ.; М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 648 с.

Вест С.Дж. Секреты ревматологии / пер. с англ. М.-СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 1999. – 768 с.

Churg J., Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angiitis, and periarteritis nodosa // Am J Pathol. 1951; 27: 277-294.

Masi A.T., Hunder G.G., Lie J.T. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Churg-Strauss syndrome (allergic granulomatosis angiitis). Arth. and Rheum. 1990. 33: 1094-1100.

ТҮЙІН

Жүйелі васкулиттың қазіргі топтастыруы ұсынады. Емделушінің клиникалық қадағалауы эозинофильным гранулематозбен полиангиит (Черджа-Стросса синдромы) осы ауруға шалдығудың диагнозының қойылымында кездесу диагностикалық ізденістің күрделіліктерін қарастырылатын көргізу.

Түйінсөздер: жүйелі васкулит, эозинофильный гранулематозбен полиангиит (Черджа-Стросса синдромы), топтастыру, диагностика.

SUMMARY

Modern classification of systemic vasculitis is presented. The clinical supervision of patient is examined with a eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (syndrome of Churg-Strauss), showing complications of diagnostic search, that meet at raising of diagnosis of this disease.

Keywords: systemic vasculitis, eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (syndrome of Churg-Strauss), classification, diagnostics.

УДК 616.366-003.7-007.272

ОСТРАЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

А. Т. Джумабеков, Р. Б. Калымбетов, А. Б. Калымбет, С. М. Абуов, С. М. Жарменов, Т. С. Жораев, А. Ж. Артыкбаев, А. Б. Зейдулла

Алматинский государственный институт усовершенствование врачей

АННОТАЦИЯ

Анализируются результаты лечения 5 больных с желчнокаменной тонкокишечной непроходимостью. Все больные женщины, в возрасте от 62 до 83 лет. Оперированы все 5 больных. Во всех случаях произведена энтеролитотомия с ушиванием раны двухрядными швами. 2 пациенток были оперированы с диагнозом острый холецистит, 2 – мезентериальный тромбоз, 1 перитонит неясной этиологии, но лишь в 1 из этих на-

блюдений до операции возникло предположение об истинной природе заболевания. Рецидив желчнокаменной непроходимости отмечен у одной пациентки через 6 месяцев после операции. Обсуждаются вопросы энтеротомии и одномоментных операций на желчном пузыре и билиодигестивном свище.

Ключевые слова: желчнокаменная кишечная непроходимость, билиодигестивный свищ.

Желчнокаменная острая кишечная обтурационная непроходимость относится к числу редких заболеваний – в 0,3 – 2,1% по отношению ко всем другим видам острой кишечной непроходимости, и наблюдается у 0,2 – 0,6% больных желчнокаменной болезнью [1, 2]. Следствием образования внутренних билиодигестивных свищей и миграции желчных камней в просвет тонкого кишечника является обтурационная кишечная непроходимость. Чаще внутренние свищи образуются между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. Длительное нахождение крупного конкремента в желчном пузыре приводит к образованию внутреннего билиодигестивного свища. Большой камень полностью заполняет полость, вследствие этого слизистая желчного пузыря, а затем и вся его нижняя стенка некротизируется. Из-за образовавшегося воспалительного и спаечного процесса в околопузырном пространстве, стенка двенадцатиперстной кишки прирастает к нижней стенке желчного пузыря. Механическое давление на стенку двенадцатиперстной кишки приводит к образованию пролежни, возникает внутренний пузырно-кишечный свищ, и конкремент мигрирует в двенадцатиперстную кишку и далее по тонкой кишке.

Билиарный илеус не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических признаков, что в большинстве наблюдений обуславливает позднюю диагностику и запоздалую операцию. Отсюда и малая осведомленность широкого круга практических врачей об этом страдании. В связи с этим важную роль отводят тщательно собранному анамнезу и современным методам рентгенологической и ультразвуковой диагностики [3, 4].

Материал и методы. С 2007 по 2014 гг на хирургической базе кафедры (ЦГКБ г Алматы) находились 5 пациенток с желчнокаменной непроходимостью. Это были женщины пожилого и старческого возраста, от 62 до 83 лет. Все они поступали в экстренном порядке: в сроке от 6 часов до 7 суток от начала заболевания. При поступлении и наблюдении из-за нечеткости клинических проявлений ставили следующие диагнозы: острый холецистит (2), острый панкреатит (1). Только 2 сразу был поставлен диагноз кишечной непроходимости.

При поступлении 2 больных сообщили о наличии у них камней в желчном пузыре, у 1 пациентки в анамнезе имелись указания на эпизоды болей в животе, напоминающие приступы желчных коликов, у 2 больных в анамнезе отсутствовали какие-либо сведения о возможных заболеваниях желчевыделительной системы, и тонкокишечная непроходимость служила первым проявлением ЖКБ.

У 3 больных миграция камней по кишечнику сопровождалась временным улучшением состояния, прекращением болей в животе в течении 10-24-26 ч. Затем боли вновь рецидивировали, появлялись вздутие живота и рвота. Периоды мнимого благополучия характерны для кишечной непроходимости, вызванной желчными камнями, и особенно опасны в плане прогноза, так как притупляется бдительность врача, удлиняется период диагностики. Подобную цикличность течения связывают как с особенностями продвижения по тонкой кишке желчного камня, так и с проходящим спазмом кишечника. Финалом являлось полная обтурация просвета тонкой кишки конкрементом, ставшая показанием к оперативному лечению.

Диагностика желчнокаменной тонкокишечной непроходимости сложна. Рентгенологическое исследование играет ведущую роль. Обычные рентгенологические симптомы (кишечные аркады, горизонтальные уровни жидкости) не являются специфическими для данной формы непроходимости. Они обнаружены на первичных и контрольных рентгенограммах брюшной полости у всех 5 пациенток, которым проводились рентгенологические исследования. Выявление на рентгенограммах признаков билиодигестивного свища (наличие газа в желчных протоках, тени конкремента вне зоны желчного пузыря, переход

контрастной массы из двенадцатиперстной кишки в желчный пузырь и желчные протоки) дает возможность судить об истинной природе заболевания. Типичный симптом внутренних желчных свищей – аэрохолия – рентгенографическим методом выявлен только у 1 больной.

Более информативно УЗИ брюшной полости, которое было выполнено всем больным. Этот метод позволил выявить камни в желчном пузыре у 4 больных, газ в пузыре и протоках – у 1, гастростаз – у 3, пневматоз тонкой кишки – у 3, маятникообразную перистальтику – у 3, свободную жидкость в брюшной полости – у 3 обследованных.

При УЗИ у 1 пациентки в просвете тонкого кишечника отмечена стойкая акустическая тень, не меняющая свои размеры и форму в разных проекциях полипозиционного сканирования. Это позволило предположить наличие камня в проекции тонкой кишки и определить уровень непроходимости.

На основании полученных данных можно утверждать, что динамическое УЗИ брюшной полости является высокоинформативным и скрининговым методом диагностики и определяющим в решении вопроса о целесообразности оперативного лечения при неясной клинической картине.

Результаты. Предположение о наличии желчнокаменной тонкокишечной непроходимости возникло в 1 наблюдении с диагнозом «острая кишечная непроходимость», в других случаях были взяты с диагнозом «острый холецистит» – у 2 больных, «мезентериальный тромбоз» – 1, «перитонит неясной этиологии» – 1.

Операции производились под эндотрахеальным интубационным наркозом, использовали срединный лапаротомный доступ. У всех больных во время операции обнаружен холецистодуоденальный свищ, обтурирующий камень располагался на разных уровнях тонкой кишки, на расстоянии 1 – 1,5 м от связки Трейца. Чаще всего камень останавливается. Желчные камни достигали 5 – 7 см в длину, 3 – 5 см в диаметре. В подпеченочном пространстве у всех больных отмечался выраженный спаечный процесс либо плотный инфильтрат.

Основной задачей оперативного вмешательства при желчнокаменной тонкокишечной непроходимости является её устранение. Это достигается энтеролитотомией. Во всех наблюдениях производилась энтеротомия над неподвижным камне с последующим ушиванием отверстия двухрядным узловым швом с викрилом №3 в поперечном направлении, в 2 случаях выполнялась назогастроинтестинальная интубация зондом, в 3 случаях – содержимое тонкого кишечника сцеживалась в дистальном направлении в слепую кишку, и дренирование брюшной полости.

Одновременные вмешательства на желчных протоках при обтурационной кишечной непроходимости желчным камнем считаем отягощающими состояние больного, их ни разу не выполняли. Свою позицию мы обосновываем преклонным возрастом больных, нередко отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями, тяжестью их состояния из-за поздней госпитализации и задержки со сроками оперативных вмешательств, технической сложностью сочетанных операций при наличии плотного инфильтрата или выраженных рубцовых сращений, отсутствием диагностической информации о характере свища и его отношении с соседними анатомическими структурами. Однако, разобщение билиодигестивного свища оправдано в ситуациях, когда имеется опасность развития рецидивов желчнокаменной кишечной непроходимости.

Приводим наблюдение, анализируя которое можно предположить, что недооценка состояния в зоне билиодигестивного свища должным образом – в отдаленном послеоперационном периоде привела к рецидиву желчнокаменной кишечной непроходимости.

Больная К., 82 лет, экстренно была госпитализирована 16.11.2013, через 23 часа от начала заболевания: острый холецистит. УЗИ: желчный пузырь с камнями. ФЭГДС: луковица двенадцатиперстной кишки спазмирована, деформирована. Обзорная рентгенография брюшной полости : пневматоз кишечника. Состояние больной средней тяжести. Жи-

вот умеренно вздут, при пальпации болезнен в правом подреберье. Начата спазмолитическая, инфузионная терапия. Состояние больной временно улучшилось.

17.11.2013 появились боли в околопупочной области, рвота. На обзорной рентгенографии брюшной полости с изучением пассажа бария – задержка бария, единичные «чаши Клойбера».

18.11.2013 – операция. Произведена срединная лапаротомия. В подпеченочном пространстве плотный инфильтрат, в котором находится желчный пузырь, большой сальник, желудок, двенадцатиперстная кишка, поперечный отдел толстого кишечника. На расстоянии 1,5 м от связки Трейца в тонком кишечнике обнаружен конкремент размером 5x4 см. выше кишка растянута, ниже спавшаяся. Интраоперационный диагноз: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, холецистодуоденальный свищ, острая обтурационная тонкокишечная непроходимость желчным камнем.

Выполнена продольная энтеролитотомия над неподвижным камнем с ушиванием отверстия двухрядным швом в поперечном направлении и назогастроинтестинальная интубация зондом, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период – без осложнений, выписана домой.

Через 6 месяцев повторное поступление с аналогичной клинической картиной. На УЗИ – конкременты в желчном пузыре, желчный пузырь спавшийся. На обзорной рентгенографии брюшной полости – множественные «чаши Клойбера». Заподозрена желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. После предварительной предоперационной подготовки – верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости имелись плоскостные спайки, которые рассечены. В тонкой кишке на расстоянии 130 см от связки Трейца выявлен желчный камень размером 3,0x5,0 см, обтурирующий ее просвет. Выше препятствия просвет тощей кишки значительно расширен, содержит жидкость и газ, ниже – спавшийся. В подпеченочном пространстве имелся выраженный спаечный процесс и пальпировался конкремент желчного пузыря 4,0x3,0 см.

Произведена энтеролитотомия, содержимое тонкого кишечника сцежена в дистальном направлении.

Из-за опасности развития рецидива желчнокаменной тонкокишечной непроходимости решено разобщить билиодигестивный свищ. Во время операции – разведение спаек в подпеченочном пространстве, выполнены холецистэктомия, ушивание стенки двенадцатиперстной кишки двухрядным швом. Наступило выздоровление.

У остальных 4 оперированных больных по поводу желчнокаменной тонкокишечной непроходимости холецистэктомии не производилась, в отдаленном послеоперационном периоде повторных обращений не было.

Повторные наблюдения желчнокаменной тонкокишечной непроходимости относятся к казуистике. В экстренных ситуациях объем операции должен быть минимальным – энтеролитотомия. Выполнение одномоментной сочетанной операции представляет большой риск для жизни больных пожилого и старческого возраста, находящихся в тяжелом состоянии. Однако радикальная операция при желчнокаменной тонкокишечной непроходимости допустима, если она производится высококвалифицированным хирургом, владеющим техникой операции на желчных путях, при условии своевременной диагностики заболевания, удовлетворительного состояния больного, должной предоперационной подготовки, адекватного анестезиологического обеспечения, при умении оперирующего хирурга правильно оценить анатомическую ситуацию в гепатобилиарной зоне.

Таким образом, особенности желчнокаменной непроходимости заключаются в ее волнообразном течении, медленном прогрессировании с периодами мнимого благополучия. Диагноз желчнокаменной непроходимости ставится на основании данных анамнеза о наличии желчнокаменной болезни, динамического клинического наблюдения, рентгеноконтрастного исследования брюшной полости и особенно на результатах динамического УЗИ.

Операцией выбора при желчнокаменной непроходимости является энтеролитотомия. Одномоментная ликвидация кишечной непроходимости и разобщение свища выполняются по строгим показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добровольский С.Р., Иванов М.П., Нагай И.В. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость // Хирургия, 2004; 3:51-55
2. Субботин В.М., Бусырев Ю.Б., Давидов М.И. радикальная операция при желчнокаменной кишечной непроходимости // Анн. хир., 2000; 4:31-33
3. Кургузов О.П. желчнокаменная тонкокишечная непроходимость // Хирургия, 2007; 6:13-19
4. Дибиров М.Д., Федоров В.П., Мартиросян Н.К. // Хирургия, 2007; 5:17-21.

ТҮЙІН

Өт тастарынан болған ащы ішек өтімсіздігімен науқастанған 5 жағдай сарапталады. Барлық науқастар 62 мен 83 жас аралығындағы әйелдер. Барлығына ота істелінген. Барлық жағдайда энтеролитотомия жасалынды, ішектегі жараға екі қатарлы тігіс салынды. 2 жағдайда жедел холецистит, 1 – мезентериалдық тромбоз, 1 – этиологиясы белгісіз перитонит диагноздарымен операцияға алынды, тек 1 жағдайда ғана өт тасты ащы ішек өтімсіздігі диагнозы операция алдында дұрыс қойылды. Өт тасты ащы ішек өтімсіздігі 6 айдан кейін бір науқаста қайталанды. Энтеролитотомия және бір мезетте өт қалтасы мен билиодигестивті жыланкөзге ота жасау талқыланады.

Түйінді сөздер: өт тасты ащы ішек өтімсіздігі, билиодигестивті жыланкөз.

SUMMARY

We analyze the results of treatment of 5 patients with gallstones small bowel obstruction. All patients were women aged 62 to 83 years. Operated all 5 patients. In all cases, made enterolithotomy as suturing wounds double row stitching. 2 patients were operated on with a diagnosis of acute cholecystitis, 2 – mesenteric thrombosis, 1 peritonitis of unknown etiology, but only 1 of these observations before surgery speculation about the true nature of the disease. Recurrence of gallstone ileus was observed in one patient at 6 months after surgery. Discusses enterotomy and simultaneous operations on the gall bladder and biliodigestive fistula.

Keywords: gallstone ileus, fistula biliodigestive

УДК 616-089-07

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*А. Т. Джумабеков, С. М. Абуов, С. М. Жарменов, Р. Б. Калымбетов, Т. С. Жораев,
А. Ж. Артыкбаев, А. Б. Зейдулла*

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

В статье представлены способы прогнозирования риска развития осложнений и вероятности летального исхода при остром деструктивном панкреатите, обладающие высокой эффективностью, что позволяют дифференцированно подойти к хирургической тактике лечения этих больных.

Ключевые слова: острый панкреатит, острый деструктивный панкреатит, прогнозирование развития осложнений и летальности, система оценки тяжести.

В последние годы острый панкреатит (ОП) выдвинулся на одно из первых мест среди основных нозологических форм острого живота. Важными факторами развития некротического панкреатита, также летальности, служит поздняя или ошибочная диагно-