

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА, ОСЛОЖНЕННОГО ПОЗАДИБРЮШИННОЙ БЕЛОМОЙ С ПРОРЫВОМ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ, В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Махмудов А.Х., Элмурадов Р.Х., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Самиев М.Б.

ЖИГАР УМУМИЙ САФРО ЙЎЛИНИНГ СПОНТАН ЙИРТИЛИШИДА ҚОРИНПАРДА ОРТИ БЕЛОМАСИНИНГ ҚОРИН БЎШЛИҒИГА ЁРИЛИШ АСОРАТИНИ ТУМАН ШИФОХОНАСИ ШАРОИТИДА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН САМАРАЛИ ДАВОЛАШ

Махмудов А.Х., Элмурадов Р.Х., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Самиев М.Б.

SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF SPONTANEOUS RUPTURE OF COMMON HEPATIC BILE DUCT, COMPLICATED WITH RETROPERITONEAL BELOMA WITH PERFORATION INTO PERITONEAL CAVITY IN CONDITIONS OF REGIONAL DISTRICT HOSPITAL

Makhmudov A.Kh., Elmuradov R.Kh., Mukhtarov Kh.A., Rayimov B.S., Samiev M.B.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Шурчинский субфилиал РНЦЭМП, городская больница г. Братска (РФ)

Мақоладаги холатда, бемор жигар умумий сафро йўли орқа-ёнбош деворининг спонтан йиртилиши келтирилган. Операциягача ва амалиёт даврида таркалган сафроли перитонит сабабини аниқлаш қийинчилик туғдирди ва ўтказилган жарроҳлик амалиёти натижасида беморнинг соғайиши кузатилди.

Калит сўзлар: спонтан йиртилиш, жигарнинг умумий сафро йўли, қоринпарда орти белома, сафроли перитонит, жарроҳлик давоси.

Spontaneous rupture of posterior-lateral wall of common hepatic bile duct. During pre- and intraoperative period have arisen some difficulties in diagnosing cause of generalized biliary peritonitis. As result of surgical treatment patient recovered.

Key words: spontaneous rupture, common hepatic bile duct, retroperitoneal beloma, biliary peritonitis, surgical treatment.

Повреждения желчного пузыря составляют 1,9% среди поврежденных других органов брюшной полости при закрытой травме живота [5]. Различают ушибы желчного пузыря с интрамуральными гематомами, отрыв пузыря от печени – частичный и полный, разрывы: внутри- и внебрюшинные в сторону печени; повреждения внепеченочных желчных протоков составляют 0,2-0,3% [1,2]. Спонтанный разрыв внепеченочных желчных путей встречается крайне редко, в литературе мы нашли лишь единичные казуистические сообщения [6]. Различают перфорацию кисты холедоха с развитием желчного перитонита и формирование псевдокисты общего желчного протока при спонтанном его разрыве у детей [3,4]. Повреждения протоков обычно сочетаются с травмой других органов брюшной полости, печени, двенадцатиперстной кишки (ДПК), головки поджелудочной железы (ГПЖ). Выявить повреждение стенки протоков сложно даже во время оперативного вмешательства.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная Х., 59 лет. И/б №7079/648. 06.10.2019 года в 00 ч 47 мин поступила в отделение неотложной хирургии Шурчинского субфилиала РНЦЭМП с диагнозом: Острый панкреатит? Обострение хронического гастрита. Беспокоят сильные боли в эпигастриальной области с иррадиацией в поясничную область, тошнота, рвота, слабость.

Из анамнеза: больная в течение 20 лет страдает хроническим гастритом и состоит на “Д” учете. В анамнезе травму живота отрицает. 05.10.2019 года вечером после еды появились боли в эпигастрии, по-

лучала амбулаторное лечение (в/в инфузионную терапию, спазмолитики, анальгетики, антациды и др.), без эффекта. Из-за усиления болей госпитализирована в стационар.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. В сознании. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, желтушности не отмечается. Лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс 96 уд. в 1 мин. АД 80/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен налетом. Живот не вздут, отмечается сильная болезненность в эпигастриальной области. Дефанс и раздражения брюшины нет. Аускультативно перистальтика кишечника выслушивается. Был стул, мочилась свободно.

ЭКГ в пределах нормы. ЭФГДС от 05.10.2019 года: признаки хронического гастрита. Рентгенография брюшной полости от 06.10.2019 года: свободных газов под куполом диафрагмы и чаш Клойбера не выявлено. УЗИ от 06.10.2019 года: острый бескаменный холецистит.

Лабораторно: общий анализ крови от 06.10.2019 года: Нв – 70 г/л, эр. – $3,4 \times 10^{12}$ /л, л. – $20,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 17 мм/ч. Общий анализ мочи: белок – 0,099%, сахар мочи – abs, амилаза мочи – 32 ед., л. – 18-20 в п. зр., эр. – 8-9 в п. зр., эпителий – плоский. Биохимические анализы от 06.10.2019 года: билирубин – 23,94, прямой – 10,26, непрямой – 13,68 ммоль/л, АЛТ – 1,04, сахар крови – 5,3 ммоль/л, мочевины – 12,3 ммоль/л, креатинин – 102. Проведено лечение: внутривенная инфузионная терапия, включая реосорбилакт, рингер-лактат 1000мл + констрикал 30 тыс. ед., глюкоза

5% 500 мл + квамател, спазмолитики, анальгетики, антибиотики и промедол 2% 1 мл в/м.

06.10.2019 года в 04 ч 30 мин ночью больная внезапно ощутила чувство «проливания» жидкости по животу «сверху-вниз», сильные боли переместились в правую подвздошную область и вниз живота. Интенсивность болей в эпигастральной области резко уменьшилась. При пальпации живот напряжен, резкие боли вокруг пупка и внизу живота. Симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского резко положительные. Симптомы Керте, Ортнера отрицательные. С целью исключения симптома Кохера – Пирогова 06.10.19 года в 06 часов под внутривенным наркозом произведен лапароцентез длиной до 4 см доступом Мак-Бурнея, аппендикс интактный, в брюшной полости в большом количестве экссудат, окрашенный желчью. Операция продолжена под эндотрахеальным наркозом верхнесрединным доступом длиной до 14 см. При ревизии в брюшной полости обнаружено около 2 л желчи, которая аспирирована. Отмечается пропитывание желчью забрюшинного пространства и по ходу *lig. hepatoduodenalis* вокруг стенки желчного пузыря (рис. 1). Желчный пузырь диаметром 11x7x5 см не напряжен, перфорации стенки нет. Холедох около 1 см в диаметре, камней нет, ГПЖ не увеличен. Произведена ревизия задней стенки желудка и ДПК, прободения не обнаружено. Произведена холецистэктомия от шейки, ложе коагулировано, ревизия терминального отдела холедоха зондом через культю пузырного протока, проходимость сохранена. Повреждения целостности стенки холедоха не отмечается. При санации желчеистечение отмечается из зоны *lig. hepatoduodenalis* ближе к винслову отверстию. Общий печеночный проток (ОПП) мобилизован и взят на держалку, при ревизии выявлен продольный разрыв до 1,5 см по заднебоковой стенке справа (рис. 2), что и послужило причиной желчного перитонита. Признаков травм нет. Катетер №10 через культю пузырного протока провести проксимально не удалось из-за острого угла места впадения в холедох. Произведена холедохотомия и дренирование ОПП и до правого внутривенного желчного хода. Участок разрыва стенки ОПП по катетеру ушит викриловым швом 4/0 герметично, проходимость сохранена. После этого желчеистечение со стороны зоны гепатодуоденальной связки прекратилось. Операция завершена санацией брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства, правого бокового канала и полости малого таза (рис. 3).

Макропрепарат: удаленный желчный пузырь диаметром 11x7x5 см, серозно-мышечной слой пропитан желчью, на разрезе в просвете 3 камня диаметром 0,5 x 0,6 см.

Гистологическое исследование: Катаральный холецистит.

Посев желчи: описторхоз и лямблиоз не обнаружены. Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж из брюшной полости удален. Получала комплексное лечение. Рана зажила первичным натяжением. По дренажу холедоха за сутки выделяет-

ся около 200-250 мл желчи. Фистулохолангиография от 19.10.2019 года: проходимость желчевыводящих путей хорошая, затеков нет (рис. 4). Больная 20.10.2019 года выписана домой на амбулаторное наблюдение с дренажом ВЖП. Пациентка повторно осмотрена через 1 месяц, дренаж удален. Жалоб не предъявляет.

Таким образом, в данной ситуации конкретной причины спонтанного разрыва стенки ОПП интраоперационно не выявлено. Однако, учитывая сильные боли в эпигастральной области и мелкие камни желчного пузыря, возникло предположение о возможности миграции конкремента через пузырный проток в холедох и временной обтурации на уровне фатерова соска. Возможно, это привело к гипертензии ЖВП, а в последующем к спонтанному разрыву ОПП. В результате тщательной ревизии с техническими трудностями выявлен участок разрыва ОПП по заднебоковой стенке справа. На фоне проведенной адекватной хирургической тактики лечения наступило выздоровление больной.

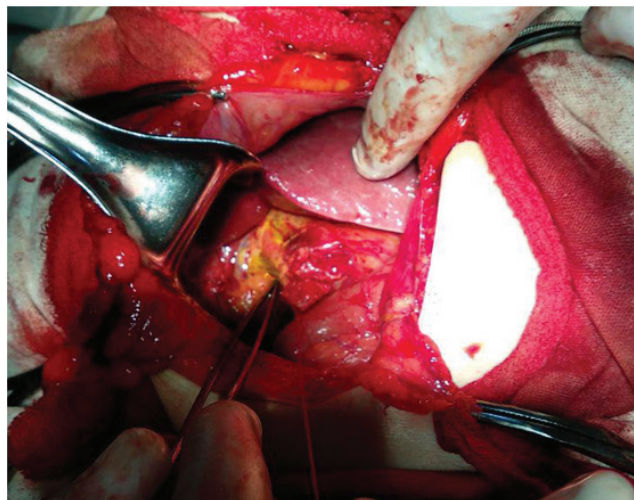


Рис. 1. Пропитывание желчью забрюшинного пространства и правой подпеченочной области.

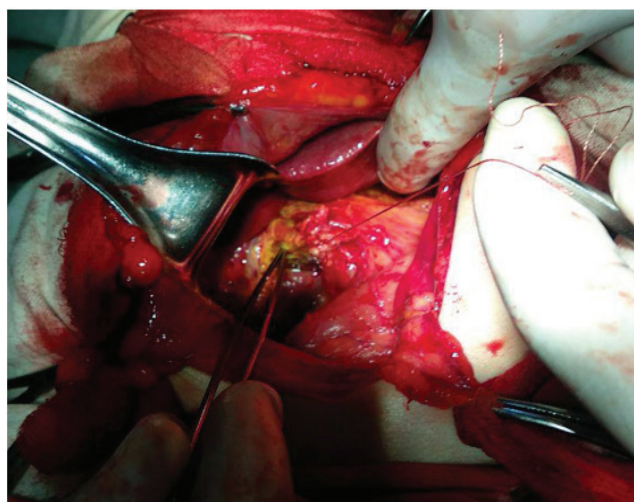


Рис. 2. Участок разрыва заднебоковой стенке ОПП справа.



Рис. 3. Дренаж общего желчного протока и брюшной полости.

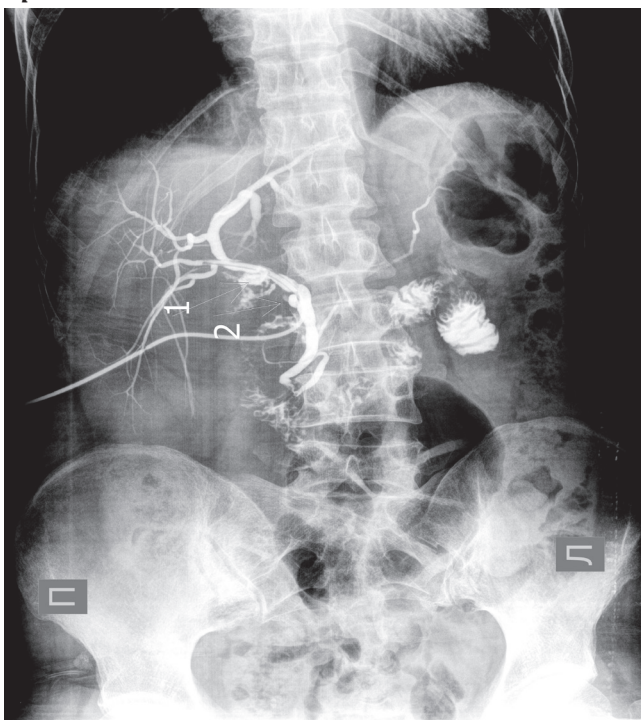


Рис.4. Контрольная фистулохолангиография: ушитая зона стенки ОПП (1), культя пузырного протока (2).

Литература

1. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. – М.: Медицина, 1987. – 332 с.
2. Гальперин Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков?: 50 лекций о хирургии; Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа-Медика, 2003. – С. 228-234.
3. Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш. Разрывы кист и спонтанная перфорация внепеченочных желчных протоков у детей // Детская хирургия. – 2016. – №2. – С. 74-76.
4. Jain S., Jain M., Kaur D et al. Menagment of spontaneous perforation of the bile duct in an infant in a Semi-Urban setup: A case Report // Malays. J. Med. Sci. – 2012. – Vol. 19, №1. – P. 73-75.
5. Fartmann E., Kirchner R. Die versorgung von Gallenwegs und Pankresverlet zungen // Chirurg. – 1985. – Vol. 56, №11. – P. 688-694.
6. McGrath B.A., Singh M., Singh T., Magnire S. Spontaneous common bile duct rupture in pregnancy // Int. J. Obstet. Anesth. – 2005. – Vol. 14. – P. 172-174.

УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА, ОСЛОЖНЕННОГО ПОЗАДИБРЮШИННОЙ БЕЛОМОЙ С ПРОРЫВОМ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ, В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Махмудов А.Х., Элмурадов Р.Х., Мухтаров Х.А., Райимов Б.С., Самиев М.Б.

Описан случай спонтанного разрыва заднебоковой стенки общего печеночного протока. Отмечено затруднение до- и интраоперационной диагностики причины разлитого желчного перитонита. После хирургического лечения наступило выздоровление пациентки.

Ключевые слова: спонтанный разрыв, общий печеночный проток, позадибрюшинная беломома, желчный перитонит, хирургическое лечение.

