

Получена: 30 мая 2019 / Принята: 27 июня 2019 / Опубликовано online: 30 августа 2019

УДК 616.366-002.01-89

АТИПИЧНЫЙ ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ВНУТРИБРЮШНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Сагит Б. Имангазинов¹, <https://orcid.org/0000-0002-8236-6246>**Нурсултан К. Андасбеков¹, Медет О. Шамгунов², Нурлан К. Ардабаев²,
Ерлан А. Жагапаров², Куат К. Жусупов²**¹ Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан;² КГП на ПХВ «Городская больница №1 г. Павлодара», г. Павлодар, Республика Казахстан.

Резюме

В хирургической практике могут наблюдаться различные варианты течения перфоративного холецистита, не соответствующие типичным его проявлениям. В статье описан клинический случай атипичной перфорации желчного пузыря, осложненной кровотечением в свободную брюшную полость. Применение ультразвукового исследования органов брюшной полости и диагностическая лапароскопия позволили установить диагноз и выбрать адекватную хирургическую тактику.

Ключевые слова: перфоративный холецистит, внутрибрюшное кровотечение, хирургическая тактика лечения.

Summary

ATYPICAL PERFORATED CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY INTRA-ABDOMINAL BLEEDING

Sagit B. Imangazinov¹, <https://orcid.org/0000-0002-8236-6246>,**Nursultan K. Andasbekov¹, Medet O. Shamgunov², Nurlan K. Ardabaev²,
Erlan A. Zhagaparov², Kuat K. Zhusupov²**¹ NCJSC «Semey Medical University», Pavlodar branch, Pavlodar, Republic of Kazakhstan;State-owned state enterprise on the right of economic management "Pavlodar City Hospital №1",
Pavlodar, Republic of Kazakhstan.

In surgical practice, various variants of perforated cholecystitis, which do not correspond to its typical manifestations, can be observed. The article describes a clinical case of atypical perforation of a gallbladder, complicated by bleeding into a free abdominal cavity. The use of ultrasound examination of an abdominal cavity and diagnostic laparoscopy made it possible to establish the diagnosis and select an adequate surgical tactic.

Key words: perforated cholecystitis, intra-abdominal bleeding, surgical treatment tactics.

Түйіндеме

ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫНА ҚАНАУЫМЕН АСҚЫНЫП ҚАБЫНҒАН ӨТ ҚАБЫНЫҢ ӨЗГЕШЕ ТЕСІЛУІ

Сагит Б. Имангазинов¹, <https://orcid.org/0000-0002-8236-6246>**Нурсултан К. Андасбеков¹, Медет О. Шамгунов², Нурлан К. Ардабаев²,
Ерлан А. Жагапаров², Куат К. Жусупов²**¹ КеАК «Семей медицина университеті», Павлодар филиалы, Павлодар қ., Қазақстан Республикасы² ШЖҚ «№1 Павлодар қалалық ауруханасы» КМК, Павлодар қ., Қазақстан Республикасы

Хирургиялық тәжірибеде өт қабының тесілуінің белгілеріне сәйкес емес тесілген холециститтің әртүрлері кездеседі. Бұл мақалада құрсақ қуысына қанап асқынған өт қабының өт қабы тесілуіне тән емес өзгеше клиникалық жағдайы жазылған. Құрсақ қуысын ультрадыбыстық зерттеу мен лапароскопияны қолдану дұрыс диагноз қойып, керекті хирургиялық тәсілді таңдауға мүмкіншілік еткен.

Түйінді сөздер: тесілген холецистит, құрсақ қуысына қанау, хирургиялық емдік тәсіл.

Библиографическая ссылка:

Имангазинов С.Б., Андасбеков Н.К., Шамгунов М.О., Ардабаев Н.К., Жагапаров Е.А., Жусупов К.К. Атипичный перфоративный холецистит, осложненный внутрибрюшным кровотечением // Наука и Здравоохранение. 2019. 4 (Т.21). С. 113-115.

Imangazinov S.B., Andasbekov N.K., Shamgunov M.O., Ardabaev N.K., Zhagaparov E.A., Zhusupov K.K. Atypical perforated cholecystitis complicated by intra-abdominal bleeding // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2019, (Vol.21) 4, pp. 113-115.

Имангазинов С.Б., Андасбеков Н.К., Шамгунов М.О., Ардабаев Н.К., Жагапаров Е.А., Жусупов К.К. Құрсақ қуысына қанауымен асқынып қабынған өт қабының өзгеше тесілуі // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2019. 4 (Т.21). Б. 113-115.

Актуальность. Хронический и острый холециститы относятся к широко распространенному виду неспецифического воспаления желчного пузыря [3]. Среди осложнений холецистита наиболее опасным является перфорация желчного пузыря [4]. Однако до настоящего времени не до конца разработана классификация перфоративного холецистита. В частности, используется классификация по С.П. Федорову и О. Niemeier (1934), в которой выделяются хроническая перфорация (1 тип) с формированием свища желчного пузыря, подострая (2 тип) с исходом в перипузырный абсцесс и острая перфорация (3 тип) с развитием распространенного перитонита [2, 5, 6].

Из-за образования перипузырных спаек в хирургической практике могут наблюдаться различные варианты течения перфоративного холецистита, не соответствующие типичным его проявлениям. Последнее обстоятельство послужило основанием выделения «атипичных форм» перфорации желчного пузыря, которые могут повлиять на клиническое проявление заболевания, выбора хирургической тактики и техники оперативного лечения. Среди атипичных форм перфорации желчного пузыря очень редко встречается перфоративный холецистит, сопровождающийся внутрибрюшным кровотечением. Так имеется указание только на один случай внутрибрюшного кровотечения из стенки желчного пузыря при его перфорации [1].

Цель сообщения - обратить внимание клиницистов на атипичный случай перфорации желчного пузыря при остром холецистите.

Материал и методы исследования. Описан клинический случай атипичной перфорации желчного пузыря, осложненной кровотечением в свободную брюшную полость в условиях общехирургического стационара. В диагностике использованы клинко-лабораторные методы исследования, ультразвуковое обследование брюшной полости, диагностическая лапароскопия и лапаротомия.

Результаты клинического наблюдения. Больная К. (история болезни № 5547/19), 1960 года рождения поступила по экстренным показаниям 08.05.2019 года с жалобами на выраженные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, слабость, потерю аппетита.

Со слов больной заболела три дня назад, когда после погрешности в диете появились боли в правом подреберье, тошнота, рвота, сухость во рту. Боли постепенно усилились, стали постоянными. Из-за резкого ухудшения самочувствия обратилась в отделение неотложной помощи. После осмотра

дежурным хирургом больная была госпитализирована в хирургическое отделение городской больницы №1 г. Павлодара.

Общее состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом, сознание ясное, речь внятная, память сохранена, выражение лица без особенностей, положение больной активное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, эластичность сохранена, видимые слизистые бледно-розовой окраски, подкожная клетчатка развита умеренно, жировой слой распределен равномерно, отеков нет.

Дыхание через нос свободное. Число дыхательных движений 18 в минуту. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД 110/70 мм. рт. ст., пульс ритмичный, 82 удара в минуту.

Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живота определяется болезненное напряжение в правом подреберье. Симптомы Орнтера, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается. Печеночная тупость сохранена. Стула не было второй день.

Данные лабораторных исследований от 08.05.2019 г.: общий анализ крови: Нb 117 г/л, эритроциты $4,88 \times 10^{12}/л$; ЦП 0,74; тромбоциты $214 \times 10^9/л$; лейкоциты $13,7 \times 10^9/л$; п 10%, с 71%, м 6%, л 13%; СОЭ 21 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 67 г/л; мочевины 12,5 ммоль/л; глюкоза 6,6 ммоль/л; АлаТ 19 ед/л; АсаТ 21 ед/л; билирубин (общий) 31,8 мкмоль/л; билирубин (прямой) 10,1 мкмоль/л.

Инструментальные методы исследования: Ультразвуковое исследование брюшной полости от 08.05.2019 г.: Эхоструктура печени однородная, эхоплотность повышена. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь: визуализация затруднена, окутан окружающими тканями, деформирован. Размеры: 80 x 37 мм. В полости пузыря гиперэхогенный сигнал диаметром 19 мм. Поджелудочная железа не визуализируется. В брюшной полости по правому боковому флангу определяется свободная жидкость. **Заключение:** Желчно-каменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Диагностическая лапароскопия под общим эндотрахеальным наркозом: в поддиафрагмальном пространстве справа, в правом боковом канале и в полости малого таза обнаружена кровь со сгустками около 400,0 мл. Решено провести лапаротомию.

Операция продолжена под эндотрахеальным наркозом. Произведена верхнесрединная лапаротомия. Кровь из брюшной полости эвакуирована, брюшная полость осушена. Печень дряблая, бургистая. В области дна желчного пузыря имеется перфорация диаметром до 2,0 см. Медиальная часть перфорационного отверстия продолжается в участок пенетрации стенки желчного пузыря протяженностью до 4 см, дном которого является ложе пузыря в нижней поверхности печени. Из ткани печени на месте пенетрации отмечается интенсивное кровотечение. В просвете желчного пузыря определяется камень размерами 1,5 см. Произведена холецистэктомия от дна с раздельным прошиванием и перевязкой *art. et ductus cysticus*. Осуществлен гемостаз кровотечения с ложа желчного пузыря электрокоагуляцией. В подпеченочное пространство подведен и установлен трубчатый полихлорвиниловый дренаж, выведенный наружу через отдельный прокол-разрез на коже. Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Выписана 16.05.2019 года.

Заключение гистологического исследования удаленного желчного пузыря № 18288-91 от 16.05.2019 года: очаговый некроз желчного пузыря с гнойным воспалением на фоне хронического холецистита. Перихолецистит с очагами гнойного воспаления в наружных слоях стенки желчного пузыря.

Обсуждение. Особенностью приведенного клинического случая является то, что имело место сочетанное осложнение острого холецистита. У больной с протяженной пенетрацией стенки желчного пузыря в его ложе на печени наступила перфорация в области дна с кровотечением из ложа пузыря в свободную брюшную полость на фоне цирроза печени. Использование современных технологий диагностики с применением ультразвукового исследования и лапароскопии позволило выбрать адекватную хирургическую тактику.

Выводы:

1. Перфоративный холецистит с кровотечением в свободную брюшную полость является атипичной формой перфорации желчного пузыря, редко встречающаяся в клинической практике.

2. Применение ультразвукового исследования органов брюшной полости и диагностическая лапароскопия позволяют установить правильный диагноз и выбрать адекватную хирургическую тактику лечения и ведения больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов в работу: Имангазинов С.Б., Андасбеков Н.К., Шамгунов М.О., Ардабаев Н.К., Жагапаров Е.А., Жусупов К.К. - участие в диагностике и лечении пациента, сбор

медицинских документов, литературный обзор по теме, подготовка публикации.

Ни один из блоков данной статьи не был опубликован в других печатных изданиях и не подавался для рассмотрения в другие издательства.

Конфликт интересов.

Авторы статьи декларируют отсутствие конфликта интересов.

Финансирование. *Работа является инициативной и не имеет никакой финансовой поддержки со стороны третьих лиц.*

Литература:

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н. Перфоративный холецистит. Классификация и атипичные клинические формы // Хирургия. 2018; №1: 10-13.
2. Гостищев В.К., Мисник В.И. Перфоративный холецистит // Хирургия. 1985; № 1: 23-27.
3. Какенова П.И., Имангазинов С.Б., Андасбеков Н.К. Құрсақ қуысының шұғыл хирургиясы. Павлодар. 2018: 208с.
4. Савельев В.С., Абакумов М.М., Бакулева Л.П и др. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва: Медицина.1986: 608с.
5. Anderson B.B., Nasem A. Perforation of the gallbladder and cystobiliary fistulae; A review of management and a new classification. J. Natl. Med. Assoc. 1987; 79: 393-399.
6. Date R.S., Thrumurthy S.G., Whiteside S., Umer M.A. et al. Gallbladder perforation: Case series and systematic review // International Journal of Surgery. 2012; 10: 63-68.

References:

1. Beburishwili A.G., Panin S.I., Zyubina E.N. Perforativnyi kholetsistit. Klassifikatsiya i atipitshnyie formy. [Perforated cholecystitis. Classification and atypical clinical forms]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2018; 1: 10-13. [In Russian]
2. Gostishchev V.K., Misnik V.I. Perforativnyi kholetsistit [Perforated cholecystitis]. *Khirurgiya* [Surgery]. 1985; 1: 23-27. [In Russian]
3. Kakenova P.I., Imangazinov S.B, Andasbekov N.K. *Kursak kuyisyinyin shyigyil khrirgiyasi* [Emergency Abdominal Surgery]. Pavlodar. 2018: 208. [In Kazakh]
4. Savel'ev V.S. Abakumov M.M., Bakuleva L.P i dr. *Rukovodstvo po neotlozhnoj hirurgii organov bryushnoj polosti* [Guide to emergency surgery of the abdominal organs]. Moscow: Medicine.1986: 608. [In Russian]
5. Anderson B.B., Nasem A. Perforation of the gallbladder and cystobiliary fistulae; A review of management and a new classification. *J. Natl. Med. Assoc.* 1987; 79: 393-399.
6. Date R.S., Thrumurthy S.G., Whiteside S., Umer M.A. et al. Gallbladder perforation: Case series and systematic review. *International Journal of Surgery.* 2012; 10: 63-68.

Контактная информация:

Имангазинов Сагит Баймуханович – д.м.н., профессор кафедры хирургии №1 Павлодарского филиала НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, 140000 г. Павлодар, ул. Кокчетавская 110,

E-mail: prof_imangazinov@mail.ru

Телефон: 8 701 623 86 98