

А.В. Капшитарь¹, А.А. Капшитарь¹, В.Ю. Ерохин²

Аррозивное кровотечение из пузырной артерии в брюшную полость у больной старческого возраста с острым гангренозно-перфоративным калькулезным холециститом

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²КУ «Городская клиническая больница №2», г. Запорожье

Ключевые слова: старческий возраст, острый гангренозно-перфоративный калькулезный холецистит, аррозивное кровотечение из пузырной артерии.

Больная 82 лет госпитализирована в клинику общей хирургии с жалобами на выраженные боли в животе, сухость во рту, слабость. 3 часа назад возникли резкие боли в подложечной области, распространившиеся по правой половине живота; пульс – 100 уд/мин. Живот резко увеличен, болезненный во всех отделах, резко и с напряжением в подложечной области и правой половине. Симптом Щеткина положительный; при перкуссии тупость; перистальтика кишечника отсутствует; обзорная рентгенография брюшной полости: норма. Hb крови – 137 г/л, Eг – $4,45 \times 10^{12}/л$, L – $14,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 23%. Диагноз: прободная язва двенадцатиперстной кишки; острый калькулезный холецистит? Разлитой перитонит. УЗИ: желчный пузырь 11×5,3 см, стенка умеренно отечная, заполнен конкрементами. Холедох диаметром 0,6 см. Спустя 2 часа после подготовки выполнена верхняя срединная лапаротомия. Диагностирован острый гангренозно-перфоративный калькулезный холецистит, кровотечение из передней ветви пузырной артерии в брюшную полость, гемоперитонеум 2 степени, шок 2 степени, цирроз печени. Выполнена холецистэктомия от шейки, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение гладкое. Описанный случай показывает трудности клинико-лабораторно-лучевой диагностики в установлении очень редкого осложнения до операции.

Аррозивна кровотеча з міхурової артерії у черевну порожнину у хворої старечого віку на гострий гангренозно-перфоративний кам'яний холецистит

О.В. Капшитар, О.О. Капшитар, В.Ю. Ерохин

Хвору 82 років шпиталізували у клініку загальної хірургії зі скаргами на різкий біль у животі, сухість у роті, слабкість. 3 години тому виник різкий біль у ямці під грудьми з подальшим розповсюдженням по правій половині живота; пульс – 100 уд/хв. Живіт різко збільшений, болючий у всіх відділах, різко та з напруженням у ямці під грудьми та правій половині. Симптом Щоткіна позитивний; при перкусії тупість; перистальтика кишечника відсутня; оглядова рентгенографія черевної порожнини: норма. Hb крові – 137 г/л, Eг – $4,45 \times 10^{12}/л$, L – $14,6 \times 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли – 23%. Діагноз: проривна виразка дванадцятипалої кишки; гострий кам'яний холецистит? Розлитий перитоніт. УЗД: жовчний міхур 11×5,3 см, стінка помірно набрякла, заповнений конкрементами. Холедох – 0,6 см у діаметрі. Через 2 години після підготовки виконана верхня срединна лапаротомія. Діагностовано гострий гангренозно-перфоративний кам'яний холецистит, кровотечу з передньої гілки міхурової артерії у черевну порожнину, гемоперитонеум 2 ступеня, шок 2 ступеня, цироз печінки. Виконано холецистектомію від шийки, санацию та дренивання черевної порожнини. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Описаний випадок ілюструє труднощі клініко-лабораторно-променевої діагностики у встановленні рідкісного ускладнення до операції.

Ключові слова: старечий вік, гострий гангренозно-перфоративний кам'яний холецистит, аррозивна кровотеча з міхурової артерії.

Патологія. – 2013. – №2 (28). – С. 97–98

Arrosive bleeding from the cystic artery to the abdomen in elderly woman with acute gangrenous perforated calculous cholecystitis

A.V. Kapshitar, A.A. Kapshitar, V.Yu. Erokhin

The 82 years old patient was admitted to the general surgery clinic with complaints of severe abdominal pain, dry mouth, weakness. 3 hours before sharp pain had appeared in the epigastric region and spread to the right side of the abdomen. Pulse was 100 BPM. Abdomen was greatly increased, painful in all regions, sharply and with tension in the epigastric region and right half. Shchetkin symptom was positive. Dullness on percussion. Intestinal peristalsis was absent. Survey radiography of the abdomen was normal. Hb – 137 g/l, Eг – $4,45 \times 10^{12}/л$, L – 14, 6x10⁹/l, stabneutrophils – 23%. Diagnosis: «Perforated duodenal ulcer. Acute calculous cholecystitis? Diffuse peritonitis». Ultrasonography – gallbladder 11×5,3 cm, moderately swollen wall, filled with calculi. Diameter of common bile duct was 0,6 cm. In 2 hours after preparation the upper midline laparotomy was performed. Acute gangrenous ruptured calculous cholecystitis, bleeding into the abdominal cavity from the anterior branch of the cystic artery, grade 2 haemoperitoneum, stage 3 of shock, cirrhosis of the liver were diagnosed. Cholecystectomy from the neck, sanitation and drainage of the abdominal cavity were performed. The postoperative course was uneventful. The case shows the difficulties of clinical, laboratory and radiation diagnostics in establishing there complication before the operation.

Key words: old age, acute gangrenous ruptured calculous cholecystitis, arrosive bleeding from the cystic artery.

Pathologia. 2013; №2 (28): 97–98

Большинство пациентов с острым холециститом имеют осложненное течение, проявляющееся окклюзией, прободением желчного пузыря, окологупырным инфильтратом или абсцессом, желчным или

гнойным перитонитом, холедохолитиазом, стриктурой холедоха, стенозом большого дуоденального соска, холангитом, механической желтухой, абсцессами печени, наружным или внутренним желчным свищом, острым

панкреатитом и др. [1–7]. В доступной специализированной литературе не обнаружили описания такого осложнения, как аррозивное кровотечение из передней ветви пузырной артерии при остром гангренозно-перфоративном калькулезном холецистите.

Цель работы

Представить собственный опыт диагностирования аррозивного кровотечения из передней ветви пузырной артерии при остром гангренозно-перфоративном калькулезном холецистите.

Больная М., 82 лет, № ист. болезни 292, госпитализирована в клинику общей хирургии, расположенной на базе хирургического отделения КУ «Городской клинической больницы №2» г. Запорожья 24.01.2013 г. в 07.35 с жалобами на выраженные боли по всему животу, больше в правой половине, сухость во рту, слабость. 3 часа назад появились резкие боли в подложечной области, распространились на правую половину. Общее состояние тяжелое. Пульс – 100 уд/мин.; АД – 190/100 мм рт. ст. Язык сухой; живот равномерно увеличен в объеме, при пальпации резко болезненный и напряженный в подложечной области и правой половине с положительным симптомом Щеткина, менее болезненный в других отделах. При перкуссии определяется тупость; перистальтика отсутствует. Общий анализ крови: Hb – 137 г/л, Eг – $4,45 \times 10^{12}/л$, L – $14,6 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 7%, моноциты – 4%; СОЭ – 33 мм/ч. Общий анализ мочи: белок – 0,99%, эритроциты неизмененные 3–4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые ед.; диастаза мочи 16 ед. Диагноз: прободная язва двенадцатиперстной кишки; острый калькулезный холецистит?; разлитой перитонит. На обзорной рентгенографии брюшной полости патология не обнаружена. УЗИ: желчный пузырь 11×5,3 см, стенка умеренно отечная, просвет заполнен конкрементами до 1,4 см в диаметре. Холедох диаметром 0,6 см. Терапевт: ИБС; стенокардия напряжения III функционального класса; желудочковые экстрасистолы; СН_{2А}; гипертоническая болезнь II стадии, степень III. По зонду из желудка получено 400 мл желудочного содержимого с желчью. После предоперационной подготовки спустя 2 часа после поступления выполнена неотложная операция. В процессе тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ – кратковременное падение АД до 40/0 мм рт.ст., после нормализации которого выполнена верхняя срединная лапаротомия. Излилась жидкая кровь. Оперативный доступ расширен книзу. Во всех отделах брюшной полости жидкая кровь в объеме 1 л, больше в правой ее половине. При пальпации печени повреждения не обнаружены. Селезенка в грубом рубцово-спаечном процессе, закрыта большим сальником и сращена с диафрагмой. Желчный пузырь 12×5,5×4 см с умеренно отечной стенкой, полностью заполнен конкрементами. В области его шейки по передней поверхности – перфоративное отверстие диа-

метром 1 см с некрозом. Под печенью сгустки крови и желчные конкременты 4×3 мм. Печень цирротически изменена. Диагноз: острый гангренозно-перфоративный калькулезный холецистит; кровотечение из передней ветви пузырной артерии в брюшную полость; гемоперитонеум 2 степени; шок 2 степени; цирроз печени. Произведена холецистэктомия от шейки с раздельной перевязкой пузырного протока отступая 5 мм от холедоха и пузырной артерии. Выполнен гемостаз ложа желчного пузыря электрокоагуляцией, санация брюшной полости раствором хлоргексидина. Через контрапертуры область отверстия Винслоу, поддиафрагмальное пространство и полость малого таза дренированы. Рана послойно ушита наглухо.

Послеоперационное течение гладкое. Восстановлены физиологические функции органов и систем. Дренажи из брюшной полости удалены на 4–5 сутки, швы сняты на 11 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение: острый гангренозный холецистит.

Выводы

В нашей многолетней практике аррозивное кровотечение в брюшную полость из передней ветви пузырной артерии у 82-летней больной острым гангренозно-перфоративным холециститом отмечено впервые. Несмотря на клиническое обследование пациентки, результаты общего анализа крови, обзорной рентгенографии брюшной полости и УЗИ, данное осложнение не было диагностировано. Неотложная операция с высоким риском позволила установить диагноз острого калькулезного холецистита и его многочисленных осложнений, провести адекватную хирургическую коррекцию. С целью своевременного обнаружения желчнокаменной болезни и профилактики ее осложненного течения необходимо скрининговое обследование населения и последующее плановое хирургическое лечение с использованием малотравматичных оперативных вмешательств с минимальным риском для больных.

Список литературы

1. Загальна та невідкладна хірургія з доглядом за хворими: навчальний посібник / За ред. І.Ф. Сирбу, О.С. Никоненко, О.В. Губки, В.В. Ганжия. – Запоріжжя: Час, 2008. – 276 с.
2. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію / О.В. Малощтан, В.В. Бойко, О.М. Тищенко, І.А. Криворучко. – Х.: СИМ, 2005. – 367 с.
3. Неотложная абдоминальная хирургия / Под ред. А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2010. – 496 с.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2006. – 640 с.
5. Хирургия острого живота / Под ред. Г.И. Синенченко. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. – 512 с.
6. Хирургия печени и желчных путей / Под ред. М.А. Найтарлакова. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 400 с.
7. Экстренная хирургия желчных путей / [П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин и др.]. – Донецк: ООО «Лебедь», 2005. – 434 с.

Сведения об авторах:

Капшитарь А.В., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.
Капшитарь А.А., к. мед. н., ассистент каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.
Ерохин В.Ю., ординатор хирургического отделения КУ «ГКБ №2» г. Запорожья.

Надійшла в редакцію 02.07.2013 р.