

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.366-002-003.7-07-089

И. В. Карпатский¹, А. В. Гостимский¹, А. А. Петросян², О. В. Лисовский¹

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПУЗЫРНО-ЖЕЛУДОЧНЫМ СВИЩОМ И НЕКРОЗОМ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

¹ Кафедра общей медицинской практики (зав. — проф. А. В. Гостимский), ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ² Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская больница № 26» (главврач — В. И. Дорофеев)

Ключевые слова: калькулезный холецистит, пузырно-желудочный свищ, жёлчный пузырь, некроз, круглая связка печени

I. V. Karpatskiy¹, A. V. Gostimskiy¹, A. A. Petrosyan², O. V. Lisovskiy¹

Treatment of patient with vesico-gastric fistula and necrosis of round ligament of the liver

¹ Department of general medical practice, St. Petersburg State Pediatric Medical University; ² Municipal Hospital № 26, St. Petersburg

Key words: *calculous cholecystitis, vesico-gastric fistula, gall-bladder, necrosis, round ligament of the liver*

Некроз круглой связки печени, особенно идиопатический, является довольно редким и трудно диагностируемым заболеванием [1, 4, 5]. Этиология и патогенез данного заболевания до конца не выяснены, клиническая картина не имеет характерных признаков [1, 9]. Иногда некроз круглой связки печени может являться осложнением острого панкреатита или деструктивного холецистита. На развитие процесса влияют присоединившаяся инфекция и нарушение кровоснабжения [11]. Для уточнения диагноза предлагается использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию, лапароскопию [6]. Клиническая картина некроза круглой связки может симулировать острый холецистит, прободную язву [1], быть схожа с местным перитонитом [9]. Недиагностированный и неоперированный некроз круглой связки печени приводит, как правило, к разлитому перитониту и смертельному исходу.

Образование пузырно-протоковых (синдром Мирицци) и пузырно-кишечных свищей достаточно известно, однако публикаций, описывающих имплантацию отшнуровавшегося участка жёлчного пузыря в стенку желудка, в доступных публикациях не найдено. Заслуживают внимания сведения об удвоении жёлчного пузыря и его дивертикулах, когда вследствие нарушения нормального тока жёлчи могут образовываться конкременты [2, 3, 7, 8, 10]. Приводим собственное наблюдение.

Больная Б., 75 лет, поступила в нашу больницу 25.05.2014 г. в состоянии средней тяжести. При поступлении предъявляла жалобы на умеренные боли в верхних отделах живота, больше слева. Не лихорадила. Из анамнеза выяснено, что боли возникли около 3 ч до момента поступления, была повторная рвота. При обследовании живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах, без перитонеальных симптомов. Глубокая пальпация затруднена вследствие занимавшей всю надчревную область с переходом на подреберье слева и справа липомы подкожной жировой клетчатки размерами 9×10×6 см. При УЗИ визуализирован жёлчный пузырь размерами 3,7×2×2 см, толщина стенки 0,4 см, с конкрементами диаметром до 0,6 см в просвете. Отмечено расширение общего жёлчного протока до 10,2 мм, диффузные изменения печени и поджелудочной железы. В клиническом анализе крови отмечен лейкоцитоз до 21,2·10⁹/л. Учитывая высокую активность амилазы (1344,6 ед/л при норме до 100 ед/л), повышение активности аминотрансфераз (АлАТ 226,3 ед/л, АсАТ 654,0 ед/л) и содержания общего билирубина до 31,6 ммоль/л, имеющиеся проявления расценены как тяжёлый острый панкреатит, вероятно, билиарной этиологии.

Начаты консервативные мероприятия в соответствии со стандартной схемой лечения тяжёлого острого панкреатита, антибактериальная терапия, обследование. На протяжении последующих 2 дней отмечали клиническое улучшение в виде уменьшения болевого синдрома, снижения содержания лейкоцитов, активности амилазы. Больной выполнена фиброгастродуоденоскопия, в ходе которой выявлен поверхностный гастродуоденит. Каких-либо новообразований, признаков деформации стенок желудка и двенадцатиперстной кишки не было.

Несмотря на проведенное лечение, к 28.05.2014 г. вновь отмечено повышение температуры тела до фебрильных значений, нарастание лейкоцитоза. Выполненное в эти сроки УЗИ показало картину хронического холецистита,

умеренное увеличение поджелудочной железы, небольшое количество выпота в сальниковой сумке. Какие-либо другие жидкостные образования в брюшной полости не лоцировались. При пальпации живота перитонеальной симптоматики не отмечали.

В связи с прогрессированием болевого синдрома, лихорадкой, больной 30.05.2014 г. выполнена компьютерная томография органов брюшной полости. По её результатам заподозрены очаговые образования в печени, инфильтрат в подпечёночном пространстве и под брюшной стенкой, перихолецистит, паравезикальный абсцесс. Признаков деструктивных процессов в поджелудочной железе не выявлено.

С подозрением на деструктивный холецистит в тот же день больная взята в экстренную операцию. Зона интереса была прикрыта большой липомой размерами 12×10×8 см в подкожной клетчатке (удалена), что затрудняло пальпаторную диагностику на дооперационном этапе. После рассечения апоневроза выявлен некроз круглой связки печени с формированием абсцесса размерами 10×8×6 см в предбрюшинной клетчатке — гной эвакуирован отсосом. При ревизии обнаружен сморщенный жёлчный пузырь размерами 4×3×2 см, стенка его хрящевидной плотности, гиперемизована, в просвете пальпируются множественные конкременты. Печёчно-двенадцатиперстная связка инфильтрирована, уплотнена. Выполнена препаровка её элементов, выделение общего жёлчного протока в связи с этим было затруднено. Для оценки состояния поджелудочной железы вскрыта сальниковая сумка. В её полости выпота нет, поджелудочная железа уплотнена, без стеатонекрозов. При дальнейшей ревизии в области передней стенки пилорического отдела желудка после разделения рыхлого инфильтрата выявлено округлое плотное образование диаметром до 3,5 см, изначально расцененное как опухоль. Учитывая результаты дооперационной гастродуоденоскопии, решено было повторить исследование интраоперационно, чтобы прицельно осмотреть образование со стороны слизистой оболочки и определить дальнейшую тактику лечения. При интраоперационной гастродуоденоскопии обнаружены минимальные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка. Признаков инвазивного опухолевого роста не отмечено.

В соответствии с полученными данными выполнена осторожная попытка острым и тупым путём вылущить образование, что удалось в пределах подслизистого слоя без проникновения в просвет желудка. Целость стенки восстановлена отдельными серозно-мышечно-подслизистыми швами. Выполнена холецистэктомия от шейки, резекция круглой связки печени. При рассечении образования оно оказалось отшнуровавшейся частью жёлчного пузыря, имплантированной в подслизистый слой пилорического отдела желудка, в просвете её — множественные конкременты и обесцвеченная жёлчь. Брюшная полость, полость предбрюшинного абсцесса дренированы силиконовыми трубками.

Гистологическое исследование подтвердило интраоперационные находки: образование представляло собой участок стенки жёлчного пузыря с хроническим воспалением. Аналогичные данные получены при исследовании удалённого жёлчного пузыря.

Послеоперационный период протекал гладко. Продолжена детоксикационная, антисекреторная, антибактериальная терапия с положительным эффектом. Рана зажила частично первичным натяжением, больная была выписана на амбулаторное лечение на 16-е сутки после операции.

Цель демонстрации — показать редкое наблюдение острого панкреатита, холецистита в сочетании с некрозом круглой связки печени. Сочетание патологических процессов в брюшной полости затруднило процесс дооперационной диагностики. Причиной некроза круглой связки печени у данной больной явился, вероятнее всего, острый панкреатит.

В связи с выраженными воспалительными изменениями в гепатодуоденальной зоне точно установить характер аномалии, приведшей к имплантации части жёлчного пузыря в стенку желудка, не представлялось возможным. Наиболее вероятной причиной могло быть разделение жёлчного пузыря или его дивертикула вследствие длительного воспалительного процесса с последующим формированием пролежня на стенке желудка. Найденные в просвете образования жёлчные камни говорят об имевшемся ранее сообщении с билиарной системой.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Ботезату А.А., Лембас А.Н., Тампей И.И., Шпеко А.П., Нани В.А. Некроз круглой связки печени // Вестн. хир. 2007. № 3. С. 73–74 [Botezatu A.A., Lembas A.N., Tampei I.I., Shpeko A.P., Nani V.A. Nekroz krugloi svyazki pecheni // Vestnik khirurgii. 2007. № 3. P. 73–74].
2. Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей. СПб. : Спецлит, 2016. С. 5–12 [Trukhan D.I., Viktorova I.A., Lyalyukova E.A. Bolezni zhelchnogo puzyrya i zhelchevyvodyashchih putei. St-Petersburg: Speclit, 2016. P. 5–12].
3. Desolneux G., Mucci S., Lebigot J. et al. Duplication of the gallbladder a case report // Gastroenterol. Res. Pract. 2009. Vol. 2009. P. 3.
4. Goti F., Reinhart M., Decurtins M. Idiopathic segmental fatty tissue necrosis of the ligamentum teres hepatic: variation on a theme // Chirurp. 2000. Vol. 71, № 2. P. 225–227.
5. Losanoff J., Kjossev K. Isolated gangrene of the round and falciform liver ligaments: a rare cause of peritonitis: case report and review of the world literature // Amer. Surg. 2002. Vol. 68. P. 751–755.
6. Martin T.G. Videolaparoscopic treatment for isolated necrosis and abscess of the round ligament of the liver // Surg. Endoscop. 2004. Vol. 18, № 9. P. 1395.
7. Papaziogas B., Lazaridis C., Paraskevas G. et al. A variant of the double gallbladder, a possible cause of cholelithiasis // Folia Morphol. (Warsz). 2005. Vol. 64. P. 229–232.

8. Pillay Y. Gallbladder duplication // Int. J. Surg. Case Rep. 2015. Vol. 11. P. 18–20.
9. Tison C., Regenet N., Frampas E. et al. Gangrene of the ligamentum teres hepatic // Gastroenterol. Clin. Biol. 2005. Vol. 29, № 2. P. 204–205.
10. Wani B., Kolte G., Rathod V., Bhole A. A cholelithiasic double gallbladder // J. Chir. 2009. Vol. 5, № 4. P. 1584–9341.
11. Ying D.J., Ho G.T., Cai J.X. Anatomic bases of the vascularized hepatic teres ligament flap // Surg. Radiol. Anat., 1997. Vol. 19. P. 293–294.

Поступила в редакцию 14.12.2016 г.

Сведения об авторах:

Карпатский Игорь Владимирович (e-mail: ivspb@mail333.com), канд. мед. наук, доцент; *Гостимский Александр Вадимович* (e-mail: gostimsky@mail.ru), д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой; *Лисовский Олег Валентинович* (e-mail: oleg.lisowsky@yandex.ru), канд. мед. наук, доцент; кафедра общей медицинской практики; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2;

Петросян Артур Арташесович (e-mail: artyr_131@mail.ru), зав. 1-м хир. отделением; Городская больница № 26, 196247, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, 2.