Закрытая абдоминальная травма с изолированным повреждением желчного пузыря

С.Е. Григорьев^{1, 2}, Е.О. Иноземцев^{1, 2*}, С.А. Кондратьев²

Хирургическое отделение

¹ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Российская Федерация, 664049, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1

² ГБУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница

Российская Федерация, 664049, Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100

* Контактная информация: Иноземцев Евгений Олегович, кандидат медицинских наук, врач-хирург ГБУЗ ИОКБ.

Email: 77Eugene@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Обсуждается клиническое наблюдение закрытой травмы живота и изолированного повреждения желчного пузыря. Представлены частота встречаемости и факторы риска развития травмы желчного пузыря.

Ключевые слова:

закрытая травма живота, разрыв желчного пузыря, внутрибрюшное кровотечение, холецистэктомия

Ссылка для цитирования

Григорьев С.Е., Иноземцев Е.О., Кондратьев С.А. Закрытая абдоминальная травма с изолированным повреждением желчного пузыря. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2020;9(3):449–451. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-449-451>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

БСДК — большой сосочек двенадцатиперстной кишки

ЖП — желчный пузырь

ВВЕДЕНИЕ

Изолированное повреждение желчного пузыря (ЖП) при абдоминальной травме встречается в 1–1,81% случаев [1–5].

К факторам риска разрыва ЖП относят спазм сфинктеров большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и повышение давления в желчных протоках в результате обильного приема алкоголя, осложнений желчнокаменной болезни, цирроза печени [1, 5]. Повреждение ЖП может быть заподозрено на этапе обследования с использованием лучевых методов диагностики [4–7] и, как правило, окончательно подтверждается только после лапаротомии, которую выполняют по поводу синдрома «острого живота» [7].

В единичных публикациях описывается успешное лечение повреждения ЖП эндоскопическим стентированием общего и печеночного желчных протоков с его сохранением [8]. Как правило, при травме ЖП выполняется холецистэктомия [1, 2, 7].

Клиническое наблюдение

Пациентка В., 64 лет, поступила 30.06.2019 в Иркутскую областную клиническую больницу. Со слов родственников, вероятно, в состоянии алкогольного опьянения упала с высоты собственного роста. Была обнаружена в бессознательном состоянии, доставлена в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи для исключения инсульта или острого коронарного синдрома. Дежурными неврологом и кардиологом острая сердечно-сосудистая патология исключена. Общее состояние пациентки тяжелое, в сознании, дезориентирована, обстоятельства травмы не помнит. Температура тела 36,8°C. Положение пассив-

ное. Подкожно-жировой слой развит чрезмерно. Кожа и видимые слизистые оболочки — бледно-розовые. Частота дыхания — 16 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное. Хрипов и шума трения плевры нет. Частота сердечных сокращений — 80 в минуту, артериальное давление — 130/80 мм рт.ст. Язык в области корня обложен, сухой. Живот увеличен в объеме за счет массивной подкожно-жировой клетчатки. При пальпации передней брюшной стенки максимальная болезненность в правом подреберье. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Печень из-под края реберной дуги не выступает. Селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты — $22,2 \cdot 10^9$, эритроциты $4,03 \cdot 10^9$, гемоглобин 108 г/л. Амилаза — 20 ме/л, общий билирубин — 20,4 мкмоль/л, прямой билирубин — 12,1 мкмоль/л, глюкоза — 9,3 мкмоль/л.

Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости: размеры ЖП — 10,8х5,7 см, обычной формы. Стенка — толщиной 0,6–0,7 см. Просвет ЖП негетерогенный с гиперэхогенными структурами величиной до 2,0 см с акустической тенью. Паравезикально лоцируется скопление жидкости толщиной 0,4–0,5 см.

Для уточнения диагноза назначена мультиспиральная компьютерная томография, по результатам которой под правой долей печени, распространяясь на ложе ЖП и ворота печени, определяется неоднородное содержимое, размерами до 161х76х83 мм, плотностью 5–68 ед.Н, ЖП овоидной формы, в его просвете визуализируется кон-

Рис. 1. Большой сальник со сгустками крови и конкрементами
Fig. 1. The greater omentum with blood clots and calculi

Рис. 2. Удаленный желчный пузырь
Fig. 2. The excised gallbladder

кремент размерами до 5 мм в диаметре, плотностью до 787 ед.Н. Заподозрено повреждение ЖП.

По неотложным показаниям выполнена срединная лапаротомия. В брюшной полости до 300 мл крови со сгустками с примесью желчи, желчные камни. Под печенью фиксирован имбибированный кровью большой сальник, на поверхности которого большое количество желчных камней (рис. 1).

После его резекции обнаружен ЖП с утолщенной стенкой и ее дефектом размерами 3х2 см (рис. 2), из которого поступают сгустки крови и множественные конкременты.

Других повреждений внутренних органов нет. Выполнена холецистэктомия от шейки. Санация, дренирование брюшной полости. Диагноз после операции: «Закрытая травма живота, разрыв желчного пузыря. Гемоперитонеум, распространенный серозный перитонит с примесью желчи. Желчнокаменная болезнь».

Послеоперационное течение тяжелое, стабилизация состояния продолжена в условиях палаты интенсивной терапии, в течение 8 суток проводили искусственную вентиляцию легких. Дренажи из подпеченочного пространства удалены на 6-е сутки. Выписана из стационара на 19-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение: прядь большого сальника массой 219 г с кровоизлияниями. ЖП размерами 10х13 см, стенка бурая, дряблая, с разрывом 4,5 см, в просвете желчный камень, гистологическое исследование: отек стенки, кровоизлияния, фибрин, распадающиеся нейтрофилы.

ОБСУЖДЕНИЕ

На догоспитальном этапе диагноз интраабдоминальной травмы не был установлен в связи с отсут-

ствием точной информации об обстоятельствах, которые привели к потере сознания. Повреждений кожного покрова, кровоизлияний не было. В стационаре в связи с ретроградной амнезией выяснить анамнез у пациентки не удалось. Клинические признаки абдоминальной травмы с повреждением внутренних органов не были выражены: отмечены умеренные боли в животе, умеренная болезненность передней брюшной стенки. Это связано с небольшим временным промежутком с момента поступления желчи и крови в брюшную полость, отсутствием выраженной воспалительной реакции брюшины.

Диагностический поиск с использованием лучевых методов позволил обнаружить жидкость в подпеченочном пространстве, изменения в стенке ЖП и его возможный разрыв. Главное, диагноз «острый живот» был установлен, и своевременно выполнено оперативное лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенном наблюдении основной причиной разрыва желчного пузыря при абдоминальной травме (падение с высоты собственного роста), возможно, является внутрипузырная гипертензия (гидростатический удар) как осложнение желчекаменной болезни. По данным гистологического исследования не исключается, что речь идет об остром холецистите с деструкцией стенки желчного пузыря. Показанием к неотложной операции служила клиника «острого живота», гемоперитонеум. На операции подтверждены данные, полученные лучевыми методами исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Ермолов А.С., Хубутия М.Ш., Абакумов М.М. (ред.) *Абдоминальная травма: руководство для врачей*. Москва: Издательский дом Видар-М; 2010. ISBN 978-5-88429-132-4
- Астахов А.Г., Власюк И.В., Навальнева К.В. Изолированная травма желчного пузыря (случай из практики). *Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы: сб. трудов конф., (Хабаровск, 4 декабря 2018 г.)*. Хабаровск; 2018. Вып. 17:21–24.
- Дубровина И.А. Классификация, морфология и общая характеристика механизмов повреждений печени при тупой травме живота. *Медицинская экспертиза и право*. 2012;(4):40–43.
- Трофимова Е.Ю., Шаврина Н.В., Титова О.Н., Клыпа Д.С. Ультразвуковая диагностика отрыва желчного пузыря у пациента с закрытой травмой живота. *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. 2012;(6):77–80.
- Philipoff AC, Lumsdaine W, Weber DG. Traumatic gallbladder rupture: a patient with multiple risk factors. *BMJ Case Rep*. 2016;2016:bcr2016216811. PMID: 27756757 <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-216811>
- Hongo M, Ishida H, Naganuma H, Yoshioka H, Kasuya T, Niwa M. A case of gallbladder perforation detected by sonography after a blunt abdominal trauma. *J Clin Review Ultrasound*. 2014;42(5):301–304. PMID: 24151110 <https://doi.org/10.1002/jcu.22111>

7. Birn J, Jung M, Dearing M. Isolated gallbladder injury in a case of blunt abdominal trauma. *J Radiol Case Rep.* 2012;6(4):25–30. PMID: 22690293 <https://doi.org/10.3941/jrcr.v6i4.941>

8. Ruiz-Clavijo D, Rullan M, Casi M, Urman JM. Gallbladder perforation after closed thoracoabdominal trauma, diagnosed and treated by ERCP. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109(4):284–285. PMID: 28372447

REFERENCES

- Ermolov AS, Khubutiya MSh, Abakumov MM. (eds.) *Abdominal'naya travma*. Moscow: Izdatel'skiy dom Vidar-M Publ.; 2010. (In Russ.)
- Astakhov AG, Vlasov IV, Naval'neva KV. *Izolirovannaya travma zhelchnogo puzyrya (sluchay iz praktiki). Izbrannye voprosy sudebno-meditsinskoy ekspertizy: sb. trudov konf. (Khabarovsk, 4 dekabrya 2018g.)*. Khabarovsk; 2018. Is.17: 21–24. (In Russ.)
- Dubrovina IA. Klassifikatsiya, morfologiya i obshchaya kharakteristika mekhanizmov povrezhdeniy pecheni pri tupoy travme zhivota. *Medical Expertise and Law.* 2012; (4): 40–43. (In Russ.)
- Trofimova EYu, Shavrina NV, Titova ON, Klypa DS. Ultrasound Diagnostics of Traumatic Gallbladder Rupture in Patient with Nonpenetrating Abdominal Trauma. *Ultrasound and Functional Diagnostics.* 2012;(6):77–80. (In Russ.)
- Philippoff AC, Lumsdaine W, Weber DG. Traumatic gallbladder rupture: a patient with multiple risk factors. *BMJ Case Rep.* 2016;2016:bcr2016216811. PMID: 27756757 <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-216811>
- Hongo M, Ishida H, Naganuma H, Yoshioka H, Kasuya T, Niwa M. A case of gallbladder perforation detected by sonography after a blunt abdominal trauma. *J Clin Review Ultrasound.* 2014;42(5):301–304. PMID: 24151110 <https://doi.org/10.1002/jcu.22111>
- Birn J, Jung M, Dearing M. Isolated gallbladder injury in a case of blunt abdominal trauma. *J Radiol Case Rep.* 2012;6(4):25–30. PMID: 22690293 <https://doi.org/10.3941/jrcr.v6i4.941>
- Ruiz-Clavijo D, Rullan M, Casi M, Urman JM. Gallbladder perforation after closed thoracoabdominal trauma, diagnosed and treated by ERCP. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109(4):284–285. PMID: 28372447

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Григорьев Сергей Евгеньевич

кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ГБУЗ ИГМУ, врач-хирург отделения портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ;
<https://orcid.org/0000-0003-0254-8240>, s.grigorev@ismu.baikal.ru;
 33%: редактирование текста

Иноземцев Евгений Олегович

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБУЗ ИГМУ, врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ ИОКБ;
<https://orcid.org/0000-0001-6804-0357>, 77Eugene@rambler.ru;
 33%: сбор и обработка материала, написание текста статьи

Кондратьев Сергей Александрович

врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ ИОКБ;
77Eugene@rambler.ru;
 33%: сбор и обработка материала

Received on 11.11.2019

Accepted on 16.01.2020

Поступила в редакцию 11.11.2019

Принята к печати 16.01.2020

Closed Abdominal Trauma with Isolated Gallbladder Injury

S.E. Grigoriev^{1,2}, E.O. Inozemtsev^{1,2*}, S.A. Kondratyev²

Surgical Department

¹ Irkutsk State Medical University of the Ministry of Health

1, Krasnogo Vosstaniya, Irkutsk 664049, Russian Federation

² Irkutsk Order "Sign of Honor" Regional Clinical Hospital

100, Yubileyny microdistrict, Irkutsk 664049, Russian Federation

* Contacts: Evgeny O. Inozemtsev, Candidate of Medical Sciences, Surgeon of the Surgical Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital.
 Email: 77Eugene@rambler.ru

SUMMARY Clinical observation of closed abdominal trauma and isolated gallbladder injury is discussed. The frequency of occurrence and risk factors for the development of gallbladder injury are presented.

Keywords: closed abdominal trauma, rupture of the gallbladder, intra-abdominal bleeding, cholecystectomy

For citation Grigoriev SE, Inozemtsev EO, Kondratyev SA. Closed Abdominal Trauma with Isolated Gallbladder Injury. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care.* 2020;9(3):449–451. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-449-451> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study had no sponsorship

Affiliations

Sergey E. Grigoriev

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University, Surgeon of the Portal Hypertension Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital;
<https://orcid.org/0000-0003-0254-8240>, s.grigorev@ismu.baikal.ru
 33%, text editing

Evgeniy O. Inozemtsev

Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University, Surgeon of the Surgical Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital;
<https://orcid.org/0000-0001-6804-0357>, 77Eugene@rambler.ru;
 33%, collection and processing of material, writing the text of the article

Sergey A. Kondratyev

Surgeon of the Surgical Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital; 77Eugene@rambler.ru;
 33%, collection and processing of material