

НЕПЕРФОРАТИВНИЙ ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ

М. М. Джус, О. М. Носов, С. Г. Мандибула, В. С. Галенко

Олександрійська центральна районна лікарня, Кіровоградська область

NONPERFORATIVE BILIARY PERITONITIS

M. M. Juce, O. M. Nosov, S. G. Mandibula, V. S. Galenko

Жовчний перитоніт виникає внаслідок розриву стінки жовчного міхура при травмі або деструктивному холециститі, іноді — без порушення цілісності жовчовивідних шляхів. В літературі вкрай мало інформації про неперфоративний жовчний перитоніт, а клінічні спостереження у фахових періодичних виданнях нами не знайдені. Етіологія і патогенез цього захворювання недостатньо вивчені, а дослідження проблеми обмежені пропонуванням теорій виникнення такого перитоніту (останні, доречі, мають безліч "слабких" місць).

Вперше два спостереження жовчного перитоніту без перфорації описав Рутге, який у 1909 р. безрезультатно шукав джерело витікання жовчі під час патологоанатомічного дослідження. Не знайшовши перфорацію, автор припустив, що причиною виникнення перитоніту була патологічна проникність стінки жовчного міхура, що "плакала жовчю". У 1910 р. Клермон і Габерер не знайшли пошкодження стінки жовчного міхура за даними мікроскопічного дослідження у деяких хворих при жовчному перитоніті. В літературі наведені результати кількох експериментів, за яких встановлено, що проникність стінки жовчного міхура значно збільшується при пошкодженні її ферментами підшлункової залози. Проте, широке використання білідигестивних анастомозів у наш час ставить під сумнів цю теорію. Існує теорія інфекційного пошкодження жовчних проток. Противники поняття жовчного перитоніту без перфорації переконані в обов'язковій мікроскопічній перфорації стінки жовчного міхура, що спричиняє перитоніт. Проте, більшість дослідників, які вивчали ці питання, пов'язують пропотівання жовчі з впливом соку дванадцятипалої кишки (ДПК), підшлункової залози на слизову оболонку жовчного міхура.

Клінічні ознаки неперфоративного жовчного перитоніту відрізняються від таких перитоніту внаслідок перфорації. Перший характеризується абортивним перебігом (у порівнянні з іншими видами перитоніту): спостерігають м'який початок, повільне прогресування симптомів. Біль, місцеві прояви, зміни показників крові у перші години слабо виражені. Погіршення стану відзначають лише наприкінці першої доби, поступово формуються серцево—судинна недостатність, шок. У зв'язку з невеликим поширенням цього захворювання та складністю диференційної діагностики правильний діагноз встановлюють лише під час операції. Наводимо власні спостереження.

1. Хворий К., 56 років, госпіталізований через 18 год від початку захворювання зі скаргами на постійний біль

у животі, переважно у надчеревній ділянці. Під час огляду у хворого спостерігали підвищення артеріального тиску (АТ) до (210/140 мм рт. ст.), частота скорочень серця (ЧСС) 87 за 1 хв. Живіт не здутий, проте, брав обмежену участь у диханні. При пальпації відзначено помірне напруження м'язів передньої черевної стінки, болочість в усіх відділах живота, більше у надчеревній ділянці. Симптом Блюмберга негативний, симптоми Чухрієнка та Мейо—Робсона — сумнівні. Печінкова тупість при перкусії збережена, у черевній порожнині виявлена вільна рідина. За даними рентгенографії органів черевної порожнини патологічні зміни не виявлені. Гастроудоденофіброскопія: хронічна виразка задньо—нижньої стінки ДПК розмірами 10 × 6 мм. Аналіз крові: лейкоцитоз (кількість лейкоцитів $15,9 \times 10^9$ в 1 л), зсув лейкоцитарної формули вліво, гіпербілірубінемія (вміст загального білірубину 41,3 мкмоль/л, прямого 20,7 мкмоль/л), незначне підвищення активності α —амілази (до 35,7 од., в нормі до 32 од.). З анамнезу відомо, що у хворого хронічний алкоголізм, появу скарг він пов'язував з тривалим зловживанням алкоголем. Аналізуючи клінічні ознаки та дані анамнезу, припущено наявність гострого панкреатиту, з діагностичною метою проведення лапароцентез з дренуванням черевної порожнини. У черевній порожнині містилося майже 500 мл серозно—геморагічного ексудату без домішок фібрину, активність α —амілази у рідині 75 од. (в нормі до 200 од.). Проведене лікування відповідно до стандартів надання допомоги з приводу гострого панкреатиту: інфузійно—дезінтоксикаційна терапія, аналгетики, спазмолітики, антисекреторні та протиферментні препарати. Наступної доби стан хворого погіршився: з'явилися тахікардія, гіпотензія, напруження передньої черевної стінки, симптом Блюмберга позитивний. З черевної порожнини по дренажу почала виділятися рідина, інтенсивно забарвлена жовчю. У невідкладному порядку здійснена лапаротомія, під час якої виявлений поширений жовчний перитоніт. При ревізії черевної порожнини виявлені рубцеві зміни ДПК без перфорації та пенетрації, підшлункова залоза не змінена. Жовчний міхур звичайних розмірів, не напружений, конкрементів не містить, стінка місцями просочена жовчю. Позапечінкові жовчні протоки не розширені, без конкрементів. Виконана холецистектомія. У середній третині жовчного міхура виявлена виразка діаметром до 1 см, округлої форми. За даними гістологічного дослідження стінка інфільтрована лейкоцитами, спостерігається виразка стінки жовчного міхура, дефект слизової та м'язової оболонки,

дно виразки — м'язова оболонка, місцями серозна оболонка; на дні — нашарування некротичних мас, фібрину. Інші патологічні зміни органів черевної порожнини та заочеревинного простору не виявлені. Операція завершена санацією та дренажуванням черевної порожнини. Перебіг раннього післяопераційного періоду без ускладнень, хворому проведена інфузійна та антибактеріальна терапія, призначені аналгетики. Дренажі видалені на 4—ту добу, шви зняті на 8 — 9—ту добу. На 9—ту добу у хворого виникла кровотеча з виразки ДПК, припинена консервативними засобами. На тлі комплексного лікування стан пацієнта поліпшився, виписаний через 3 тиж після операції.

2. Хворий М., 86 років, госпіталізований у невідкладному порядку через 12 год від початку хвороби зі скаргами на гострий біль у животі, загальну слабкість. Стан хворого тяжкий, АТ 14,7/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.), ЧСС 88 за 1 хв. Язик сухий, обкладений коричневим нашаруванням. Живіт бере обмежену участь у диханні. Спостерігали напруження м'язів і болочість при пальпації всього живота, більше у надчеревній і правій підребровій ділянках. Симптом Блюмберга позитивний, при перкусії — помірна кількість вільної рідини у черевній порожнині. Відзначений лейкоцитоз (кількість лейкоцитів $14,9 \times 10^9$ в 1 л). При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини патологічні зміни не виявлені. З приводу перитоніту хворий одразу оперований. Під час лапаротомії в черевній порожнині виявлено 300 мл ексудату з домішкою жовчі. Патологічні зміни шлунка, ДПК, тонкого й товстого кишечника не виявлені. Жовчний міхур розмірами $7 \times 3 \times 3$ см, не напружений, стінка місцями просочена жовчю. При пальпації у жовчному міхурі та жовчних протоках конкрементів немає. Виконані холецистектомія, санація і дренажування

черевної порожнини. У жовчному міхурі містилася в'язка жовч, в ділянці тіла виявлена виразка стінки діаметром 1 см (візуально досягала серозної оболонки). За даними гістологічного дослідження в стінці жовчного міхура атрофія та ерозії слизової оболонки, судини повнокровні, лейкоцитарна інфільтрація в дослідженій ділянці; ділянки некрозу слизової оболонки з нашаруваннями фібрину. Після операції хворому проводили інфузійно—дезінтоксикаційну терапію, призначали антибіотики. Дренажі видалені на 4—ту добу. Протягом тривалого часу спостерігали діарею, температура тіла підвищена до 39°C . Обстеження не підтвердило припущення про наявність абсцесу черевної порожнини. Кілька разів змінювали антибактеріальні препарати (флюконазол, цефепім, меропенем). Стан пацієнта поступово поліпшився, температура тіла нормалізувалася, виписаний через 27 діб.

Отже, обидва хворі оперовані у невідкладному порядку з приводу перитоніту, причина якого встановлена лише інтраопераційно. Проте, це не вплинуло на результати лікування, оскільки втручання виконане одразу після встановлення діагнозу перитоніту. Тому діагностичної помилки не було. Ускладнення після операції (шлунково—кишкова кровотеча, гіпертермічний синдром) не є специфічними для цього захворювання. З недоліків діагностики, виявлених під час вивчення наукової літератури та ретроспективного аналізу спостережень, слід звернути увагу на такі:

- дослідження жовчі хворих для можливого виявлення паразитів (плоскі черв'яки, лямблії);
- наповнення видаленого жовчного міхура рідиною під тиском через міхурову протоку для виявлення можливих мікроперфорацій, які зникають після його часткового спорожнення.

