

УДК 616.368-007.274-003.7

Доцент Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ

АГЕНЕЗИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

1-я кафедра хирургических болезней (заведующий — профессор М. Г. Сачек)
Витебского медицинского института

Первое описание прижизненно обнаруженной агенезии желчного пузыря сделано в 1890 г. Courvoisier. В отечественной и зарубежной литературе к 1962 г. описано 162 случая агенезии желчного пузыря. В последние годы опубликовано еще несколько случаев этой врожденной патологии [1, 2, 3, 4]. Ненахождение желчного пузыря во время операции (до применения контрастной холангиографии) зачастую расценивалось как его врожденное отсутствие. Современные методы исследования желчевыводящей системы (инфузионная и оральная холецистохолангиография, интраоперационная холангиография, холедохоскопия, ультразвуковая эхотомография) позволяют с высокой достоверностью диагностировать имеющуюся патологию, что дает возможность

выработать и использовать наиболее рациональную хирургическую тактику.

За последние 15 лет (1970—1985 гг.) в хирургическом отделении Витебской областной клинической больницы по поводу острых и хронических заболеваний внепеченочных желчных протоков оперированы 1363 больных. В 2 случаях мы столкнулись с врожденным отсутствием желчного пузыря.

Приводим наблюдения.

Больная М., 68 лет, поступила в хирургическое отделение Витебской областной клинической больницы 16 апреля 1972 г. с жалобами на острые приступообразные боли в правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов, тошноту, рвоту. Указанные яв-

ления возникли за 5 дней до поступления. За медицинской помощью не обращалась. Подобные боли отмечались и ранее, проходили самостоятельно. Усиление болей вынудили больную обратиться за медицинской помощью.

Больная правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые интенсивно-желтой окраски. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. В легких — везикулярное дыхание, перкуторно-легочный звук. Число дыханий 20 в минуту. Пульс 84, мягкий, тоны сердца глухие, артериальное давление 140/90 мм. Язык обложен коричневым налетом, суховат. Живот обычной формы, несколько вздут. При пальпации определяется напряжение мышц в правом подреберье, болезненности. Симптомы Ортнера, Лапене, Георгиевского, Щеткина — Блюмберга положительные. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 1,5 см. Перистальтические шумы кишечника редкие, вялые. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было 3 дня. Общий анализ крови: эр. $3,6 \cdot 10^{12}/л$, Нб 110 г/л, л. $11 \cdot 10^9/л$, СОЭ 26 мм. Биохимический анализ крови: мочевина 18,6 ммоль/л, билирубин общий 96,3 мкмоль/л, билирубин прямой 47,0 мкмоль/л, глюкоза 5,6 ммоль/л, хлориды 110 ммоль/л, общий белок 84,3 г/л. Амилаза в моче — 96 г/(л · ч). Температура тела утром 37,5°, вечером — 38,6°.

На основании проведенных исследований диагностированы острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, ограниченный перитонит. По экстренным показаниям произведена операция. Разрезом в правом подреберье по Кохеру рассечена брюшная стенка. Выделилось небольшое количество желтушного цвета жидкости. К нижнему краю печени припаян сальник, после отделения которого выявлен расширенный до 1,5 см общий желчный проток, в терминальном отделе которого определяется плотное образование. Печеночные протоки четко прослеживаются, расширены. Произведена интраоперационная холангиография. Желчный пузырь не выявляется, терминальный отдел перекрыт конкрементом. Осуществлены холедохотомия и удаление конкремента. Дренаж холедоха по Вишневскому. Контрольная холангиография: контраст свободно поступает в 12-перстную кишку, конкрементов в холедохе нет. Дренажное подпеченочное пространство резиновой трубкой и резиновой полоской. Послеоперационный период протекал тяжело. Смерть наступила на 5-е сутки от продолжающегося перитонита.

Больная Л., 74 лет, переведена 12 декабря 1986 г. из инфекционной больницы с диагнозом механической желтухи. Заболела 1 декабря 1986 г. Появились боль в правом подреберье, тошнота, рвота, ознобы по вечерам. Через неделю родственники заметили желтушность склер и больная госпитализирована в инфекционную больницу, где вирусный гепатит был исключен.

Правильного телосложения, повышенного питания. Кожа и видимые слизистые интенсивно-желтого цвета. В легких сухие рассеянные

хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 92, аритмичный, артериальное давление 160/100 мм. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен в объеме за счет выраженной жировой клетчатки. Пальпаторно определяется болезненность в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Лапене. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтические шумы кишечника обычные, стул обесцвеченный, моча насыщенно-темного цвета. Общий анализ крови: эр. $4,1 \cdot 10^{12}/л$, Нб 125 г/л, л. $6,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ 22 мм. Биохимический анализ крови: мочевина 15,2 ммоль/л, билирубин прямой 265,0 мкмоль/л, глюкоза 5,1 ммоль/л, хлориды 100,0 ммоль/л, общий белок 80,0 г/л. Амилаза мочи 88 г/(л · ч).

Диагностирована желчнокаменная болезнь, механическая желтуха. После кратковременной интенсивной предоперационной подготовки 16 декабря осуществлено оперативное вмешательство.

Под интубационным наркозом с мышечными релаксантами разрезом в правом подреберье по Кохеру вскрыта брюшная полость. Обнаружено, что с нижней поверхности правой доли печени срощен большой сальник. После отделения последнего выявлен общий желчный проток, изогнутый в виде буквы «Л», расширенный в проксимальном направлении до 1,7 см. На месте изгиба определяется конкремент овальной формы, занимающий весь просвет изогнутого холедоха. Печеночные протоки резко расширены (до 1 см), напряжены. При визуальном осмотре и интраоперационной холангиографии желчный пузырь не выявляется. Осуществлены холедохотомия и извлечение камня. Желчи из печеночного протока не получено. Учитывая технические трудности извлечения камня, рассечение протока на 2/3 окружности, тяжелое состояние больной (выраженная печеночно-почечная недостаточность, падение артериального давления) произведено ушивание холедоха на скрытом дренаже. Санация подпеченочного пространства, резиновый дренаж. Послеоперационное течение тяжелое. В течение первых суток получено 50 мл желчи по дренажу и 200 мл мочи. Уровень билирубина в сыворотке крови увеличился до 414 мкмоль/л. Шестикратная гемосорбция. Постепенно увеличивалось мочеотделение. Медленно снижался уровень билирубина в сыворотке. Моча стала прозрачной, кал окрашенный в желтый цвет. Выздоровление.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гладинау М. М.* Врожденное отсутствие желчного пузыря // *Здравоохранение Казахстана.*— 1978.— № 9.— С. 92—93.
2. *Лыс П. В.* Холедохолитиаз при агенезии желчного пузыря // *Клин. хир.*— 1976.— № 9.— С. 70—71.
3. *Ордабеков С.* Агенезия желчного пузыря // *Хирургия.*— 1978.— № 1.— С. 124—125.
4. *Скрипников Н. Е., Касенов Т. С.* Случай отсутствия желчного пузыря. — // *Здравоохранение Казахстана.*— 1977.— № 3.— С. 85—86.

Поступила 09.03.87.