

**Ю.Г. Пяттоев¹, О.Б. Савчук², В.В. Дербенев²,
М.В. Леухин²**

¹Петрозаводский государственный университет

²Детская республиканская больница, Петрозаводск

Дооперационная диагностика изолированной травмы желчного пузыря у девочки 8 лет (случай из практики)

Ключевые слова: *изолированная травма, желчный пузырь, дети.*

Контактная информация: *Пяттоев Юрий Григорьевич, канд. мед. наук.*

E-mail: psurg@psu.karelia.ru

© Коллектив авторов, 2012

Благодаря анатомическому расположению желчного пузыря (ЖП) его повреждения среди открытой и закрытой травм живота составляют 2–3%, а в детском возрасте встречаются еще реже [1, 2]. Основная причина травмы ЖП у детей – прямой удар в живот [2], описано его повреждение при огнестрельных ранениях живота [3, 4], как осложнение консервативного лечения закрытой травмы печени [5].

Выделяют основные виды повреждений ЖП: ушиб стенки, отрыв от ложа и разрыв, которые в свою очередь имеют многочисленные варианты [2, 6]. Клинические проявления такой травмы неспецифичны и во многом обусловлены сочетанным повреждением других органов брюшной полости: печени – в 80–90% случаев, 12-перстной кишки и селезенки – в 50% и др. Кроме того, в случае кровоизлияния в стенку или просвет ЖП его целостность и функция нарушаются спустя несколько часов и даже дней после травмы, что приводит к запоздалой диагностике [2]. В литературе имеются единичные сообщения о

дооперационном диагнозе травмы ЖП у детей по данным сонографии [7], компьютерной томографии [8]. В ряде наблюдений при стабильном состоянии больного и неотчетливых данных визуальных методов диагностическая лапароскопия позволяет ускорить выявление повреждения ЖП [4, 9].

Приводим наблюдение изолированной травмы ЖП.

Девочка В., 8 лет, доставлена в клинику через 3 дня от начала заболевания с жалобами на боли в животе, преимущественно по правому флангу, тошноту, рвоту. Заболевание началось с умеренных, непостоянных болей в животе. Через сутки боли усилились, присоединилась тошнота, 4 раза – рвота съеденной пищей без примесей, дважды – разжиженный стул. После осмотра врачом девочка была доставлена в приемный покой Детской республиканской больницы с подозрением на острый аппендицит.

Состояние при поступлении удовлетворительное, температура – 36 °С, пульс – 88 уд./мин; АД –

Yu.G. PYATTOEV, O.B. SAVCHUK, V.V. DERBENEV, M.V. LEUKHIN

Preoperative diagnosis of isolated gallbladder injury in an 8-year-old girl (case report)

Key words: *gallbladder injury, children.*

100/70 мм рт. ст. Боли не беспокоили, живот оставался мягким, непостоянно болезненным в мезогастральной области справа, перитонеальные признаки сомнительны.

Анализ крови при поступлении: гемоглобин – 125 г/л; эритроциты – $4,53 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /л, без сдвига формулы; СОЭ – 6 мм/ч. *Анализ мочи:* эритроциты – 15–20 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения. *УЗИ брюшной полости:* ЖП расположен обычно, имеется его перегиб в области дна. Стенки резко утолщены – до 7 мм в области ложа и 5 мм в области свободного края (фото 1). Содержимое – неоднородная мелкодисперсная взвесь. Ложе ЖП неоднородно за счет мелких гипоэхогенных включений (жидкость). Гепатодуоденальная связка повышенной эхо-плотности, утолщена. По ходу связки определяется тонкая полоска жидкости. Свободная жидкость под правым краем печени в виде тонкой полоски, между петлями кишечника правого фланга. Скопление жидкости в виде треугольника в правой подвздошной области и малом тазе, общий объем – около 30–40 мл. Высказано предположение о посттравматическом холецистите (?), травме печени и ЖП в области его ложа (?), травме 12-перстной кишки (?).

С учетом полученных данных и после тщательного расспроса девочки выяснено, что боли появились после того, как на уроке физкультуры сверстница ударила ее ногой в живот – в область солнечного сплетения. В динамике отмечено нарастание перитонеальной симптоматики, что явилось показанием к диагностической лапароскопии. В брюшной полости – умеренное количество геморрагического выпота. При осмотре ЖП: он увеличен, напряжен, стенка его имbibирована кровью. Край печени умеренно отечен. Другой патологии не выявлено.

Фото 1. УЗИ брюшной полости пациентки при поступлении



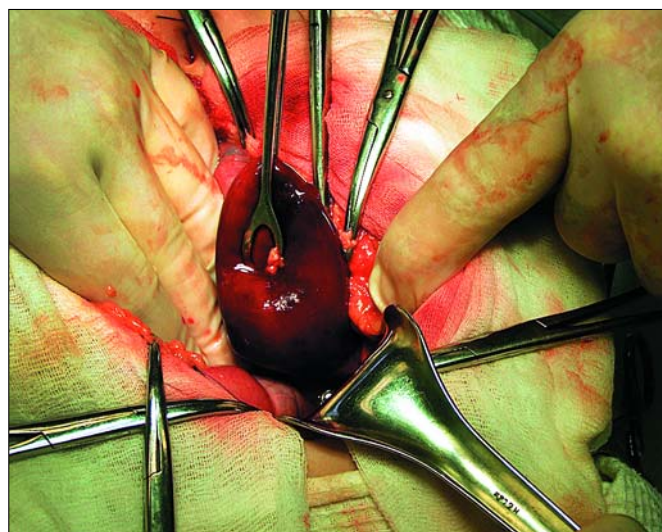
Произведена верхнесрединная лапаротомия (через 23 ч после поступления): в зоне правой доли печени и гепатодуоденальной связки незначительное количество крови. ЖП тотально имbibирован, плотный, отечный. Имеется его отрыв от ложа на всем протяжении, с надрывом стенки до слизистой на протяжении 3 см. Выполнены холецистэктомия, дренирование ложа через отдельный прокол (фото 2). Послеоперационный период протекал гладко. Девочка выписана в удовлетворительном состоянии на 11-е сутки. Гистологическое заключение: картина геморрагического некроза стенки ЖП.

Широкое применение УЗИ желчевыводящей системы у детей [10, 11], положительный опыт его использования при закрытой травме органов брюшной полости позволили значительно расширить диагностические рамки выявляемой патологии. УЗ-признаки травмы ЖП: спавшийся (особенно если ребенка не кормили более 6 ч) или напряженный ЖП; утолщение, слоистость и/или нечеткая визуализация его стенок; наличие околопузырной жидкости; необычный характер содержимого ЖП. Усилить подозрение на травму ЖП должны повреждения печени, 12-перстной кишки, поджелудочной железы в сочетании со свободной жидкостью, выявляемой в брюшной полости [1, 2, 7, 8].

ВЫВОДЫ

Повреждение желчного пузыря в детском возрасте – редкая травма. Своеобразным ее маркером можно считать любой прямой удар в живот, наличие повреждения органов брюшной полости – печени,

Фото 2. Верхнесрединная лапаротомия



12-перстной кишки, поджелудочной железы. Дополнительные методы исследования, в частности, УЗИ-сканирование брюшной полости, особенно в динамике, позволяют рано обнаружить прямые или косвенные признаки повреждения ЖП. При стабильном состоянии больного и сомнительных признаках травмы органов брюшной полости ускорить верификацию редких повреждений органов живота позволяет диагностическая лапароскопия.

Литература

1. Ермолов А.С., Иванов П.А., Корнеев Д.А. и др. Травматические повреждения желчного пузыря // Анн. хирургич. гепатол., 2005, т. 10, №3, с. 31–34.
2. Jaggard M.K.J., Johal N., Choudhry M. Blunt abdominal trauma resulting in gallbladder injury: a review with emphasis on pediatrics. J Trauma 2011; 70 (4): 1005–10.
3. Duttaroy D.D., Jagtap J., Bansal U. Shrapnel injury due to a firecracker causing gastric and gallbladder perforation. Turk J Trauma Emerg Surg 2009; 15 (3): 295–7.
4. Marwan A., Harmon C.M., Georgeson K.E., et al. Use laparoscopy in the management of pediatric abdominal trauma. J Trauma 2010; 69 (4): 761–4.
5. Giss S.R., Dobrilovic N., Brown R.L., Garcia V.F. Complications of nonoperative management of pediatric blunt hepatic injury: diagnosis, management and outcomes. J Trauma 2006; 61 (2): 334–9.
6. Losanoff J.E., Kjossev K.T. Complete traumatic avulsion of the gallbladder. Injury 1999; 30 (5): 365–8.
7. Akay O.H., Senturk S., Cigdem M.K., et al. Isolated traumatic gallbladder rupture: US findings and the role of repeat US in diagnosis. Pediatr Radiol 2008; 38 (6): 691–3.
8. Lin H.L., Lin J.N., Lee W.C. Blunt abdominal injury with isolated gallbladder hematoma. Tzu Chi Med J 2009; 21 (4): 323–6.
9. McKinley A.J., Mahomed A.A. Laparoscopy in a case of pediatric blunt abdominal trauma. Surg Endosc 2002; 16 (2): 358.
10. Мозалев В.Г., Сапожников В.Г., Семенова О.В. Акустическая неоднородность эхографического изображения полости желчного пузыря при заболеваниях желчевыводящей системы у детей // Вест. нов. мед. технологий, 2006, т. XIII, №3, с. 115–117.
11. Сапожников В.Г., Семенова О.В., Мозалев В.Г. Эхографические критерии толщины стенки желчного пузыря при заболеваниях желчевыводящей системы у детей // Вест. нов. мед. технологий, 2009, т. XVI, №2, с. 52–54.

И Н Ф О Р М А Ц И Я



Союз
педиатров
России

XVI Конгресс
педиатров России
с международным участием

Актуальные проблемы педиатрии

II Форум детских медицинских сестер
I Евразийский форум по редким болезням

Москва, 24–27 февраля 2012 года
www.pediatr-russia.ru

