

УДК 616.36-008.8:616-007.258:616.995.121

д.м.н. Нуритдинов А.Т., Касимов А.Л., Абдурахимов Ш.Т., Абдуллаев

Х.М. Суюнов Д.М., Кучкаров Ж.С., Пакирдинов А.С.

Хирургическая клиника Андижанского Медицинского института.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИЙ ЖЕЛУДКА
ДРЕНАЖНОЙ ТРУБКОЙ ОСТАВЛЕННОЙ В БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

ПЕЧЕНИ

Резюме: Эхинококкоз - опасное природно-очаговое паразитарное заболевание домашних животных и людей, встречающееся спорадически и эндемически. Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей частота поражения печени составляет 44-84 %.

Показано описание типичного случая наружного желчного свища, который является осложнением открытой эхинококкэктомии. Чтобы ликвидировать такие стойкие желчные свищи, необходимо повторное оперативное вмешательство - фистулоэнтеростомия. В представленном клиническом примере иллюстрирован ход операции.

Ключевые слова: эхинококкоз, наружные желчные свищи, дренажная трубка.

Doctor of Medicine Nuritdinov A.T., Kasimov A.L., Abdurakhimov Sh.T.,

Abdullaev Kh.M. Suyunov D.M., Kuchkarov Zh.S., Pakirdinov A.S.

Surgical Clinic of Andijan Medical Institute.

**CLINICAL CASE OF GASTRIC PERFORATION WITH A DRAIN
TUBE LEFT IN THE ABDOMINAL CAVITY AFTER LIVER
ECHINOCOCCECTOMY OPERATION.**

Resume: Echinococcosis is a dangerous natural focal parasitic disease of domestic animals and humans that occurs sporadically and endemic. Among the

lesions by echinococcosis of various organs and tissues, the frequency of liver damage is 44-84%.

A description of a typical case of external biliary fistula, which is a complication of open echinococcectomy, is shown. To eliminate such persistent biliary fistulas, repeated surgery is required - fistuloenterostomy. In the presented clinical example, the course of the operation is illustrated.

Key words: echinococcosis, external biliary fistula, drainage tube.

Введение. Перфорация желудка дренажной трубкой и образование при этом желудочного свища в клинической практике встречается очень редко. В связи с этим данный клинический случай наблюдения представляет довольно большой практический интерес.[1-4]

Мы обобщили в данной научной статье результаты проведенных диагностических и лечебных мероприятий использованных на всех этапах обследования и выполненного нами хирургического вмешательства.

Приводим клинический случай наблюдения.

Больной А.А., 18 лет (№ истории болезни 22724/1002) госпитализирован в специализированное отделение гепатобилиарной хирургии клиники Андижанского медицинского института 28 ноября 2020 года с жалобами на периодическое возникновение болевых ощущений в эпигастральной области и в области правого подреберья сопровождающиеся снижением аппетита, общей слабостью и снижением трудоспособности. Кроме того, предъявляет жалобы на наличий длительно сохраняющийся дренажной трубы в брюшной полости оставленной во время первой операции эхинококкэктомии печени и выделение через него ежедневно до 1,5 литра жидкости.

Из анамнестических сведений и из выписки истории болезни выяснилось, что больному в феврале 2020 года в условиях центральной районной больницы было произведена операция эхинококкэктомия печени, по поводу эхинококкоза левой доли печени. При беседе оперирующим хирургом было установлено, что операция была завершена оставлением дренажных трубок в полости удаленной эхинококковой кисты и в брюшной полости.

При анализе истории болезни оперированного больного нами выяснилось, что в раннем послеоперационном периоде за сутки выделялось около 50-60 мл. желчи. И в последующие дни выделений из дренажной трубки постепенно уменьшалось, и на VII-VIII сутки имело тенденцию к прекращению. В сроки через 3-4 месяца после операции выделение через дренажной трубки почти прекратилось. В связи с этим оперирующим хирургом был удален одна из двух дренажных трубок. Однако и последующем выяснилось что по ошибке была удалена дренажная трубка оставленная в полости удаленной эхинококковой кисты. Вторая дренажная трубка которая дренирована брюшная полость не удалена.

В связи с вышеизложенными жалобами больной был госпитализирован 28.11.2020 года для дальнейшего обследования и лечения в отделении гепатобилиарной хирургии. Общее состояние больного при поступлении относительно удовлетворительное. Костно-суставная система без деформации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание ровное. Частота дыхания 18-20 раз в одну минуту. АД 110\70 мм.рт.ст. пульс до 80 ударов в минуту. Язык влажный обложен белесоватым налетом. Живот участует в акте дыхания равномерно. При пальпации мягкий определяется болезненность в эпигастральной области и в правом подреберье. Определяется по белой линии живота верхне-срединный окрепшийся

послеоперационный рубец длиной до 14 см. Перистальтика кишечника выслушивается. Мочеиспускание свободное. Стул регулярный. Через дренажную трубку выделение до 1,5 литра в сутки. В клинике нами проведены ряд инструментальных и клинико-лабораторных исследований. При УЗИ исследовании печень выступает на 3,0 см. углы тупые. КВР 174 мм. Определяется неоднородное зернистое уплотнение стенок сосудов. В области проекции II-III сегмента прослеживается дренажная трубка и участок повышенной эхогенности неровными контурами размером 46x39 мм. Центрально определяется полоска жидкости размером 23x12x11 мм. Объем 2 мм. Желчный пузырь сокращен 35x16 мм конкрементов нет. Селезенка 107x32 мм. однородная. Пневматоз кишечника. Вывод: Состояние после операции эхинококкэктомии левой доли печени.

В последующем проведено рентгеноконтрастное исследование 27.11.2020 года и при этом через дренажную трубку введен контрастное вещество. Контраст вначале заполняет остаточную полость через желчные ходы печени появляется в желудке. Заключение: Желудочный свищ.



Рис. 1. Рентгеноконтрастное исследование желудка

Результаты исследования иллюстрированы на рисунке 1. Для достоверного уточнения причин и выяснения наличия желудочного свища нами через дренажную трубку введен бриллиантовая зелень и через некоторое время бриллиантовая зелень появилась в полости желудка что выявлено при эндоскопическом исследовании желудка. В целом анамнестические и объективные данные, а также проведенные нами клинико-инструментальные исследования свидетельствовали о том, что у больного имеет место наличия желудочного свища.



Рис. 2. Дренажная трубка в полости желудка

Таким образом, в клинике на основании клинико-анамнестических сведений и полагаясь на результатах инструментальных методов исследования был выставлен диагноз желудочный свищ неясной этиологии. Состояние после эхинококкэктомии левой доли печени. После соответствующей предоперационной подготовки 04.12.2020 года по поводу желудочного свища неясной этиологии произведена операция (д.м.н. Нуритдинов А.Т.) под эндотрахеальным наркозом верхнесрединным доступом с иссечением старого послеоперационного рубца. Во время ревизии обнаружено, что конец дренажной трубы находится в полости желудка и вероятно это привело к образованию желудочного свища (рис. 2.)

Желудочный свищ располагается по передней стенки пилорического отдела желудка. Далее ориентировано по направлению дренажной трубы рассечен свищевой ход и обнаружено в полости желудка конец дренажной трубы и в последующем осторожно удалена дренажная трубка и ликвидирован свищевой ход. Образовавшийся по передней стенке пилорического отдела желудка отверстие диаметром 1.5 см., ликвидировано путем наложения кисетного и «Z» образного швов. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная инфузионная и обезболивающая терапия с постоянной аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд. Течение послеоперационного периода гладкое. На 6 сутки после операции больной в удовлетворительном состоянии был выписан из хирургического стационара с рекомендацией продолжить наблюдение в амбулаторных условиях у хирурга по месту жительства.

Заключение: Таким образом, данное клиническое наблюдение свидетельствует о том что, у больного по всей вероятности после операции эхинококэктомии из левой доли печени имело место наличие желчного свища. В послеоперационном периоде длительное желчеистечение через неадекватно функционирующую дренажную трубку оставленной в полости удаленной эхинококковой кисты по всей видимости привело к истечению желчи вблизи пилорического отдела желудка. Судя по клиническому течению можно предполагать, что частично желчь эвакуировалось через дренажную трубку оставленной в брюшной полости.

Скорее всего длительное желчеистечение в конечном итоге привело к развитию воспалительных изменений по передней стенке пилорического отдела желудка с образованием пролежня и

истончению стенки желудка, вследствие которой проникновению дренажной трубы в полость желудка и развитию желудочного свища.

К этому способствовало также ошибочное удаление дренажной трубы из полости удаленной эхинококковой кисты левой доли печени осложнившийся желчным свищом. Данный клинический случай наблюдения представляет большой клинический и практический интерес в плане дооперационной диагностики и тем самым определения тактики хирургического лечения. Эти данные дают нам основания объяснить в клиническом случае наблюдения механизм образования желудочного свища.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Мельников А.В. Клиника и профилактика свищей желудка и кишечника у раненых в брюшную полость /под ред. Ю.Ю. Джанелидзе. Л.: Изд. «ВММА», 1947. 460 с.
- 2.Базаев А.В., Пузанов А.В., Петров С.В., Захаров А.Г. Лечение множественных свищей желудочно-кишечного тракта. Нижегородский медицинский журнал. 2005. № 4. С. 119–120.
- 3.Грицаенко А.И., Иштуков Р.Р., Гараев М.Р. Совершенствование методов лечения свищей тонкой кишки. Креативная хирургия и онкология. 2013. № 1–2. С. 57–60.
- 4.Alizadeh R.F., Li S., Inaba C. et al. Risk factors for gastrointestinal leak after bariatric surgery: MBASQIP analysis. J Am Coll Surg., 2018, 227 (1), pp. 135–41. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.03.030>