

УДК 616.366-089.81-002-044-089.85

Гресько М.М., Полянський І. Ю., Гресько А.С.

Наш досвід лапароскопічної холецистектомії при лівобічному розміщенні жовчного міхура

ВДМЗ України «Буковинський державний медичний університет», кафедра хірургії, м Чернівці, Україна e-mail: magyna.gresko@gmail.com

Резюме: У наведеному клінічному випадку під час виконання лапароскопічної холецистектомії з приводу жовчно-кам'яної хвороби, хронічного калькульозного холециститу діагностовано лівобічне розміщення жовчного міхура. Прийняте хірургами рішення проведення операції як при «важкому» жовчному міхурі дозволило запобігти ускладненню під час операції та суттєво зменшити частоту ускладненого перебігу післяопераційного періоду.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, варіанти розміщення жовчного міхура.

Вступ. Сьогодні досить широко в практику впроваджена лапароскопічна холецистектомія (ЛХ), яка є основою хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу і стала її «золотим» стандартом протягом останніх 20 років [1, 2, 3]. Однак запровадження лапароскопічної методики сприяло суттєвому (в 2-5 разів) збільшенню частоти пошкоджень магістральних жовчних протоків у порівнянні з відкритою технікою операції — до 0,3-2% [4, 5]. І тільки в останні 2-3 роки на базі набутого досвіду почали в літературі з'являтися рекомендації щодо безпеки виконання (ЛХ) при хронічному та гострому калькульозному холециститі. Саме це призвело до того, що появились описи характерних ознак, які вказують на так звані субопераційні ускладнення. Це такі терміни: «важкий жовчний міхур», «операційний ризик ЛХЕ», «нестандартні ситуації при ЛХЕ», «підвищений операційний ризик при ЛХЕ» [3, 5, 6, 7]. Слід зауважити, що для біліарної хірургії велике значення має досконале знання нормальної анатомії жовчовивідної системи, а також можливих аномальних варіантів. Як правило, жовчний міхур розташований на нутрошечевій поверхні правої долі печінки в міхуровій ямці (fossa vesicae felleae), латеральніше круглої зв'язки печінки [8, 9]. Повідомлення в літературі про випадки лівобічного розміщення жовчного міхура епізодичні і зустрічаються дуже рідко. Вперше така аномалія була описана у 1886 році F. Hochstetter [10].

Існує декілька варіантів лівобічного розміщення жовчного міхура.

І варіант — як результат порушення внутрішньоутробного розвитку міхура, правий ембріональний зародок лізується і жовчний міхур розвивається із лівого печінкового протоку. Жовчний міхур розташований у даному випадку на лівій долі печінки, медіальніше круглої зв'язки печінки, а міхурова протока впадає в загальну жовчну протоку зліва або у ліву печінкову протоку.

II варіант — спочатку правильно розміщений жовчний міхур в процесі розвитку внаслідок різних причин «проростає» до нутрошечевій поверхні лівої долі печінки. Міхурова протока впадає в загальну жовчну протоку справа. Обидва варіанти лівобічного розміщення жовчного міхура називаються «істинними».

Зокрема, існує ще один варіант лівобічного розміщення жовчного міхура. При цьому сам жовчний міхур розміщений під четвертим сегментом печінки, а кругла зв'язка печінки знаходиться латеральніше за нього.

Повідомлення про виконання хірургічного втручання, зокрема, лапароскопічне у таких пацієнтів, за даними вітчизняних та зарубіжних авторів, надто рідкі. Мала рідкість даної патології та незначна кількість публікацій в доступній літературі заставили нас поділитися досвідом хірургічного лікування патології при лівобічному розміщенні жовчного міхура.

Мета дослідження: демонстрація клінічних особливостей

рідкісного випадку лівобічного розміщення жовчного міхура, зумовленого порушенням топографоанатомічних співвідношень магістральних жовчних протоків.

Наводимо клінічний приклад такої патології.

Хвора М., 54 років, поступила до клініки у плановому порядку з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит. Хвора відзначала тупий біль у правому підребер'ї, гіркоту у роті. Упродовж 3 років періодично зверталась до лікувальних закладів з приводу приступів болю, які усувались консервативними засобами. Пацієнтка підвищеного харчування, хронічні та алергологічні захворювання заперечує. Стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Язик чистий, вологий. При аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихання 16 за 1 хв. Тони серця чисті, ясні, частота скорочень серця 76 уд/хв, АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт звичайної форми, дещо збільшений внаслідок надмірного розвитку підшкірної жирової клітковини, бере участь у диханні, при пальпації м'який, безболісний в усіх відділах. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) печінка нормальних розмірів, печінкові вени та жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур розмірами 60x120 мм, в порожнині візуалізуються конкременти діаметром 16 та 23 мм, які дають чітку акустичну доріжку, стінка міхура товщиною 4 мм, спільна жовчна протока не розширена, діаметром 6 мм. Підшлункова залоза підвищеної ехогенності, не потовщена, грубозерниста. Селезінка без патологічних змін, контур не змінений. Рентгеноскопія органів грудної клітки: серце та легені без патологічних змін. Гастроуденофіброскопія: поверхневий гастрит.

Проведені лабораторні та інструментальні дослідження патології не встановили. Хворій виконана операція: лапароскопічна холецистектомія, дренування підпечінкового простору. Під ендотрахеальним наркозом, після обробки операційного поля через розріз під пупком в очеревинну порожнину введено троакар, інсуфльовано 6 л CO₂. Заведено відеокамеру. При ревізії встановлено жовчний міхур розташований атипично (Фото №1), на нутрошечевій поверхні лівої долі печінки під круглою зв'язкою печінки та медіальніше круглої зв'язки печінки (3,4 сегмент), внутрішньо-печінково, стінки ущільнені, в кишені Гартмана вклинений конкремент. Загальна жовчна протока не розширена. Інші органи очеревинної порожнини без особливості, звичайного розміщення. За загальноприйнятою методикою через троакар заведені робочі інструменти — 10 мм — під мечовидним відростком, у правому підребер'ї 5 мм — по правій середньоключичній лінії — (5 мм). Проведено субопераційний консиліум. Прийнято рішення продовжувати проведення операції за стандартним методом як при «важкому жовчному



Фото №1

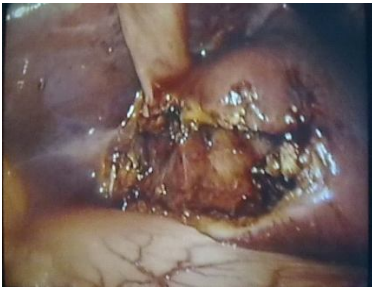


Фото №2

міхурі». Скрупульозно, максимально близько до стінки жовчного міхура розпочато дисекцію та препаровку, виділено d.cysticus, на який накладено 3 кліпси. Між кліпсами протока пересічена. Накладено кліпсу на a. cystica, коагульовано. За допомогою коагулятора виділено жовчний міхур у межах термінальної пластинки. При виділенні жовчного міхура в ділянці дна виникли технічні труднощі у зв'язку з тим, що кругла зв'язка печінки дуже близько і обмежує маніпуляції інструментів. Санація. Коагуляція ложа міхура, контроль гемостазу та холестазу – сухо (Фото№2).

До ложа жовчного міхура через боковий троакар підведено дренажну трубку. Жовчний міхур видалений через розріз нижче пупка, який пошарово зашитий. Операційні рани пошарово ушиті. Йод. Ас. пов'язки.

Макропрепарат: Жовчний міхур 12x8см, стінки потовщені ущільнені, в просвіті: густа темна жовч та безліч конкрементів діаметром від 0,4 до 2,5 см.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. На 7-му добу знято шви. Протягом 8 діб у хворой по дренажу із підпечінкового простору виділялось до 20 мл геморагічної рідини. Останній видалили на 9-у добу. На 11-ту добу хвора виписана на амбулаторне лікування. Оглянута через 1 місяць, 1 рік та через 2 роки після виконання оперативного втручання. Стан задовільний, працює за фахом, скарг немає, діти не дотримує.

Література

1. Бондарев Р.В., Сопко А.И., Иванцок В.М., Козубович Р.Н. Оценка результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и его осложнениях // Мат. XXIII з'їзду хірургів України. м. Київ 2015р. с. 54 -55.
2. Дудченко М.О., Кравців М.І., Ляховський В.І., Люлька О.М. Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні гострого калькульозного холециститу // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. м. Київ 2015р. с. 91-92.
3. Сажин В.П., Юдин В.А., Сажин И.В.и др. Операционные риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии // Хирургия. – 2015. - №6. – с. 17–20.

4. Ничитайло М.Ю., Скумс А.В., Литвин О.І. та інш. Пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії. // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. м.Київ 2015р. с. 153–154.

5. Никоненко О.С., Головки М.Г., Гайдаржі Є.І. та інш. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії та хірургічні методи їх корекції // Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. м. Київ 2015р. с. 146–147

6. Гудилин А.А., Некрасов А.Ю, Касулин С.А. и др. Оптимизация лечения больных острым холециститом с повышенным операционным риском // Эндоскопическая хирургия. 2014. №20:1. с. 116–117.

7. Махмадов Ф.Н., Рафиков С.Р, Кудритов Ф.Х.. Возможности лапароскопической коррекции желчекаменной коррекции при «трудном желчном пузыре» // Эндоскопическая хирургия. 2014. №20:1. с. 259–260.

8. Павлишин В.В., Колотвин А.А., Квасневский Е.А. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара «одних суток» // XXIII з'їзду хірургів України. м.Київ 2015р. с. 160–161.

9. Головацький А.С., Черкасов В.Г., Сапін М.Р., Парахін А.І. Анатомія людини. — К.: Нова книга, 2007. - Т. 2.- 95 с.

10. Hochstetter F. Anomalien der Pfortarter und der Nabelvene in Verbindung mit Defect Oder Linkslage der Gallenblase // Arch. Anat. Entwick. – 1886. – Vol. 9. – P/ 369 – 384.

Гресько М.М., Полянський І. Ю., Гресько А.С.

Наш опыт лапароскопической холецистэктомии при левостороннем размещении желчного пузыря

Резюме: В приведенном клиническом случае во время выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни, хронического калькулезного холецистита диагностировано левостороннее размещение желчного пузыря. Принято хирургами решения проведения операции как при «тяжелом» желчном пузыре позволило предотвратить осложнение во время операции и существенно уменьшит частоту осложненного хода послеоперационного периода.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, варианты размещения желчного пузыря.

M.M. Gresko, I.Yu. Polianskyi, A.S. Gresko

Our Experience in Laparoscopic Cholecystectomy in Case of Left-Sided Gallbladder

Department of Surgery, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

E-mail: maryna.gresko@gmail.com

Abstract. The following clinical case presents the implementation of laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis and chronic calculous cholecystitis during which left-sided gallbladder was diagnosed. The surgeons made the decision to perform surgery as in case of “severe” gallbladder; it allowed them to prevent complications during surgery and significantly decrease the frequency of complicated course of the postoperative period.

Keywords: *cholelithiasis; chronic calculous cholecystitis; variants of gallbladder location.*

Надійшла 15.06.2016 року.