

УДК 616.366 – 089.81

**М.М. Гресько, В.Г. Курявенко, А.С. Гресько**

*Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю. Полянський) ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці*

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІВОБІЧНОГО РОЗМІЩЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

**Резюме:** У наведеному клінічному випадку під час виконання лапароскопічної холецистектомії з приводу жовчнокам'яної хвороби, хронічного калькульозного холециститу діагностовано лівобічне розміщення жовчного міхура. Хірурги прийняли рішення стосовно проведення операції як при «важкому» жовчному міхурі, що 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.

Сьогодні досить широко впроваджена в практику лапароскопічна холецистектомія (ЛХ), яка є основою хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу і стала її «золотим» стандартом впродовж останніх 20 років [1-3]. Однак запровадження лапароскопічної методики сприяло суттєвому (в 2-5 разів) збільшенню частоти пошкоджень магістральних жовчних проток у порівнянні з відкритою технікою операції – до 0,3-2% [4, 5]. І тільки в останні 2-3 роки на базі набутого досвіду в літературі почали з'являтися рекомендації щодо безпеки виконання ЛХ при хронічному та гострому калькульозному холециститі. Саме це призвело до того, що з'явилися 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” [5, 6, 7]. Слід зауважити, що для біліарної хірургії вагоме значення має досконале знання нормальної анатомії жовчовивідної системи, а також можливих аномальних варіантів. Як правило, жовчний міхур розташований на нутрощевій поверхні правої частки печінки у міхуровій ямці (fossa vesicae felleae) латеральніше круглої зв'язки печінки [8]. Повідомлення в літературі про випадки лівобічного розміщення жовчного міхура є епізодичними і трапляються дуже рідко. Вперше така аномалія була описана у 1886 році F. Hochstetter [9].

Існує декілька варіантів лівобічного розміщення жовчного міхура.

І варіант – як наслідок порушення внутріш-

ньоутробного розвитку міхура: правий ембріональний зародок лізується і жовчний міхур розвивається із лівої печінкової протоки. Жовчний міхур розташований у даному випадку на лівій частці печінки медіальніше від круглої зв'язки печінки, а міхурова протока впадає в загальної жовчної протоки зліва або до лівої печінкової протоки.

ІІ варіант – спочатку правильно розміщений жовчний міхур у процесі розвитку внаслідок різних причин «проростає» до нутрощевій поверхні лівої частки печінки. Міхурова протока впадає до загальної жовчної протоки справа. Обидва варіанти лівобічного розміщення жовчного міхура називаються справжніми.

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

Повідомлення про виконання лапароскопічного хірургічного втручання у таких пацієнтів, за даними вітчизняних та зарубіжних авторів, трапляються надто рідко. Мала чисельність даної патології та незначна кількість публікацій у доступній літературі спонукали нас поділитися досвідом хірургічного лікування патології у випадку лівобічного розміщення жовчного міхура.

### Наводимо власне спостереження.

Пацієнтка М., 54 років, госпіталізована до хірургічного відділення ОКЛ м. Чернівці у плановому порядку з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит. Хвора скаржилася на тупий біль у правому підре-

© Гресько М.М., Курявенко В.Г., Гресько А.С., 2016

бер'ї, гіркоту у роті. Протягом 3 років періодично зверталась до лікувальних закладів стосовно нападів болю, які усувалися консервативними засобами. Пацієнтка підвищеної вгодованості, 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 за 1 хв. АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Живіт звичайної форми, дещо збільшений унаслідок 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 60×120 мм, у порожнині візуалізуються конкременти діаметром 16 та 23 мм, які дають чітку акустичну доріжку, стінка міхура завтовшки 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. Гастродуоденофіброскопія: поверхневий гастрит.

Загальний аналіз крові: ер. -  $3,9 \times 10^{12}$  в 1 л, Нв - 126 г/л, л. -  $4,6 \times 10^9$  в 1 л, п. - 3%, сегм. - 65%, еоз. - 2%, мон. - 2% лімф. - 28%, ШОЕ - 2 мм/год. Біохімічний аналіз крові: глюкоза - 4,6 ммоль/л, білок - 65,0 г/л, білірубін - 9,0 мкмоль/л, АлТ - 1,81 мкмоль/(мл г), тимолова проба - 0,5 Од, сечовина - 4,9 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: відносна щільність - 1,020, рН - 4,9, білок - відсутній, цукор, білірубін - не виявлені; епітелій - плоский 1-2 в полі зору; лейкоцити 3-5 у полі зору, еритроцити - не виявлені. Таким чином, проведені лабораторні та інструментальні дослідження патології не встановили. 02.03.2011р. хворій виконана операція: Лапароскопічна холецистектомія, дренажування підпечінкового простору. Під ендотрахеальним наркозом, після обробки операційного поля, через розріз під пупком в очеревинну порожнину введено троакар, інсуфльовано 6 л.СО<sub>2</sub>. Заведено відеокамеру. При ревізії встановлено: жовчний міхур розташований атипично (рис. 1), на нутро-щевій поверхні лівої частки печінки під круглою зв'язкою печінки та медіальніше круглої зв'язки печінки (3,4 сегмент), внутрішньопечінково, стінки ущільнені, до кишені Гартмана вклинений конкремент. Загальна жовчна протока не розширена. Інші органи очеревинної порожнини без особливостей, звичайного розміщення. За



Рис. 1. Атипичне розміщення жовчного міхура

загальноприйнятою методикою через троакар заведені робочі інструменти – 10 мм – під мечоподібним відростком, у правому підребер'ї по правій середньоключичній лінії – 5 мм. Проведено субопераційний консиліум у складі завідувача кафедри хірургії ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет” професора І.Ю. Полянського та професора Ф.В. Гринчука. Прийнято рішення продовжувати проведення операції за стандартним методом як при “важкому жовчному міхурі”. Скрупульозно, максимально близько до стінки жовчного міхура розпочато дисекцію та препарування, виділено d. cysticus, на який накладено 3 кліпси. Протока між кліпсами пересічена. Накладено кліпсу на a. cystica, коагульовано. За допомогою коагулятора виділено жовчний міхур у межах кінцевої пластинки. При виділенні жовчного міхура в ділянці дна виникли технічні труднощі у зв'язку з близьким розташуванням круглої зв'язки печінки, що обмежує маніпуляції інструментів. Санація. Коагуляція ложа міхура, контроль гемостазу та холестазу – сухо (рис.2). До ложа жовчного міхура через бічний троакар підведено дренажну трубку. Жовч-



Рис. 2. Видалення жовчного міхура

ний міхур видалений через розріз нижче пупка, який по шарово зашитий. Операційні рани пошарово ушиті. Йод. Асептичні пов'язки.

**Макропрепарат:** Жовчний міхур 12x8 см, стінки потовщені, ущільнені, в просвіті: густа темна жовч та безліч конкрементів діаметром від 0,4 до 2,5 см.

Перебіг післяопераційного періоду без ускла-

день. На 7-у добу знято шви. Упродовж 8 діб у хворої через дренаж із підпечінкового простору виділялось до 20 мл геморагічної рідини. Дренаж 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 дотримуються.

### Список використаної літератури

1. Оценка результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и его осложнениях / Р.В. Бондарев, А.И. Сопко, В.М. Иванцок, Р.Н. Козубович // XXIII з'їзду хірургів України: матеріали XXIII з'їзду хірургів України: (21-23 жовтня 2015 р. м. Київ). – К., 2015. – С. 54-55.
2. Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні гострого калькульозного холециститу / М.О. Дудченко, М.І. Кравців, В.І. Ляховський, О.М. Люлька // XXIII з'їзду хірургів України: матеріали XXIII з'їзду хірургів України: (21-23 жовтня 2015 р. м. Київ). – К., 2015. – С. 91-92.
3. Операционные риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии / В.П. Сажин, В.А. Юдин, И.В. Сажин [та ін.] // Хирургия. – 2015. – № 6. – С. 17-20.
4. Пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії. / М.Ю. Ничитайло, С.А.В. кумс, О.І. Литвин [та ін.] // XXIII з'їзду хірургів України: матеріали XXIII з'їзду хірургів України: (21-23 жовтня 2015 р. м. Київ). – К., 2015. – С. 153-154.
5. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії та хірургічні методи їх корекції / О.С. Никоненко, М.Г. Головка, Є.І. Гайдаржі, ін.] // XXIII з'їзду хірургів України: матеріали XXIII з'їзду хірургів України: (21-23 жовтня 2015 р. м. Київ). – К., 2015. – С. 146-147.
6. Оптимизация лечения больных острым холециститом с повышенным операционным риском / А.А. Гудилин, А.Ю. Некрасов, С.А. Касулин [та ін.] // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 20 (1). – С. 116-117.
7. Махмадов Ф.Н. Возможности лапароскопической коррекции желчекаменной коррекции при "трудном желчном пузыре" / Ф.Н. Махмадов, С.Р. Рафиков, Ф.Х. Кудритов // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 20 (1). – С. 259-260.
8. Павлишин В.В. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в условиях стационара "одних суток" / В.В. Павлишин, А.А. Колотвин, Е.А. Квасневский // XXIII з'їзд хірургів України. Київ 2015 р. – К., 2015. – С. 160-161.
9. Анатомія людини / А.С. Головацький, В.Г. Черкасов, М.Р. Сапін, А.І. Парахін. – К.: Нова книга, 2007. – Т. 2. – 456 с.
10. Hochstetter F. Anomalien der Pfortarter und der Nabelvene in Verbindung mit Defect Oder Linkslage der Gallenblase / F. Hochstetter // Arch. Anat. Entwickl. – 1886. – Vol. 9. – P. 369-384.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕВОСТОРОННЕГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Резюме.** В приведенном клиническом случае во время выполнения лапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита диагностировано левостороннее расположения желчного пузыря. Хирурги приняли решение о проведении операции как при «тяжелом» желчном пузыре, что позволило предотвратить осложнения во время операции и существенно уменьшить частоту осложненного протекания послеоперационного периода.

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

### CLINICAL CASE OF A LEFT-SIDE LOCATION OF THE GALL-BLADDER IN CASE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

**Abstract.** In the presented clinical case during performing laparoscopic cholecystectomy concerning cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis the left-side placing of the gallbladder is diagnosed. The surgeons decided to perform the operation as in case of «heavy» gallbladder which enabled to prevent complications during the operation and substantially decrease frequency of the complicated course of post-operative period.

**Key words:** cholecystolithiasis, chronic calculous cholecystitis, variants of gallbladder location.

HSEE of Ukraine "Bukovina State Medical University" (Chernivtsi)

Надійшла 18.01.2016 р.

Рецензент – проф. Шкварковський І.В. (Чернівці)