

УДК 616.348-006.5-007.272-089.168

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНОЙ С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN A FEMALE PATIENT WITH COMPLETE SITUS VISCERUM INVERSUS

Полянский И.Ю., Андриец В.В., Шеремет М.И.

*Буковинский государственный медицинский университет
Кафедра хирургии (зав. – проф. И.Ю. Полянский)*

Резюме

Описанный клинический случай успешного лечения пациентки с хроническим калькулезным холециститом на фоне полной транспозиции внутренних органов, который является интересным не только в техническом аспекте, но и в контексте необходимости детального обследования пациентов для недопущения ошибок при установлении диагноза в нестандартных топографо-анатомических ситуациях.

Ключевые слова: транспозиция внутренних органов, хронический холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

Abstract

Described clinical case of successful treatment in patient with chronically calculous cholecystitis on the background of internal organs complete transposition is not only interesting in a technical aspect, but also useful in the context of the need for a detailed examination of the patients to avoid errors in correct diagnosis under unusual topographic circumstances.

Key words: transposition of internal organs, chronically cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

На протяжении последних 10-12 лет хронический калькулезный холецистит (ХКХ) имеет выраженную тенденцию к распространению среди взрослого населения и остается актуальной проблемой современной медицины. Так, распространенность ЖКБ (желчнокаменной болезни) в Украине в 2005 г. составила 590,7 на 100 тыс. взрослого населения, а темп прироста за 7 лет составил 79,2 % [1,2].

Долгое время основным хирургическим методом лечения ХКХ была традиционная лапаротомная холецистэктомия, которая в последние десятилетия вытеснилась видеоэндоскопическими вмешательствами. Достаточно широко в практику внедрена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая является основой хирургического лечения ХКХ [2,3]. Основными преимуществами ЛХЭ по сравнению с открытой - минимальная травма брюшной стенки, незначительная боль в послеоперационном периоде, короткий срок пребывания больного в стационаре после операции с последующей физической реабилитацией. Поэтому сейчас 75-95 % операций по поводу удаления желчного пузыря выполняются лапароскопическим методом.

Situs viscerum inversus - это довольно редкая аномалия зеркального расположения органов брюшной полости с частотой распространения в диапазоне от 1: 5000 до 1: 20 000. Такое расположение внутренних органов выявляют в одном наблюдении на 10 млн. родов [4,5].

Situs viscerum inversus наследуется по аутосомно - рецессивному типу. Хотя это не является патологией само по себе, но может быть связано с некоторыми аномалиями, преимущественно сердца, которые могут быть потенциально опасными для жизни [4,5].

При полном либо частичном обратном расположении внутренних органов (viscerum inversus totalis or partialis), органы брюшной полости расположены на противоположной стороне,

то есть, печень помещается слева, сердце - справа, селезенка справа и т.д. Сообщений о выполнении хирургических вмешательств, в частности, лапароскопических, у таких пациентов, по данным отечественных и зарубежных авторов, слишком мало [4,5,6,7].

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка М., 37 лет, госпитализирована в хирургическое отделение 02.11.2011 в плановом порядке с диагнозом: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

Больная жаловалась на тупую боль в левом подреберье, горечь и сухость во рту. В течение 2 лет периодически обращалась в лечебные учреждения по поводу приступов боли, которые устранялись консервативными средствами. Пациентка повышенного питания, хронические и аллергические заболевания отрицает. В анамнезе - операции по поводу острого аппендицита и разрыва кисты яичника.

Объективно: Состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Язык чистый, влажный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ясные, пульс - 68 уд, в 1 мин. АД 120 /80 мм. рт. ст. Живот обычной формы, несколько увеличен вследствие чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

По данным компьютерной томографии (КТ) - печень расположена слева, печеночные вены и желчные протоки не расширены. Желчный пузырь размерами 80 × 20 мм, в полости визуализируются конкременты диаметром 12 и 22 мм, которые дают четкую тень, стенка пузыря толщиной 4 мм, общий желчный проток не расширен, диаметром 6 мм. Поджелудочная железа расположена больше справа, крупнозернистая. Селезенка без патологических

изменений, расположена справа (рис. 1).



Рис. 1. Компьютерная томография органов брюшной полости. Печень и желчный пузырь находится в левом подреберье. Селезенка справа.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: сердце расположено справа, легкие без патологических изменений.

Гастродуоденофиброскопия: поверхностный гастрит.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}$ / л, Нб - 123 г / л, лейкоциты - $4,8 \times 10^9$ / л, палочкоядерные - 7 %, сегментоядерные - 70 %, эозинофилы - 2%, моноциты - 5 % лимфоциты - 16%, СОЭ - 4 мм / час.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,3 ммоль / л, билирубин - 10,4 мкмоль / л.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,018, рН - 5,5, белок - следы, сахар, билирубин - не обнаружены; эпителий плоский, лейкоциты 3 - 4 в поле зрения, эритроциты неизмененные 0 - 1 в поле зрения.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

04.11.2011 выполнена операция: Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование подпеченочного пространства.

Протокол операции № 1298 - П от 04.11.2011

Диагноз после операции: Хронический калькулезный холецистит. Situs viscerum inversus.

Под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля полукрытым методом через разрез над пупком в брюшинную полость введен троакар, инсуфлировано 6 л. CO₂. Введена видеокамера. При ревизии установлено полное зеркальное расположение органов брюшной полости. Под левым куполом диафрагмы - правая доля печени с желчным пузырем на нижней поверхности, селезенка размещена справа, через правый купол диафрагмы видно пульсацию сердца. Желудок расположен справа от срединной линии, ДПК - слева. В нижнем этаже брюшной полости - многочисленные спайки (в анамнезе - операция

по поводу острого аппендицита). Яичник слева визуализируется, несколько увеличен, справа - отсутствует (в анамнезе - удаление правых придатков). Через троакары заведены рабочие инструменты: I (10 мм) - под мечевидным отростком; II (5 мм) - в левом подреберии; III (5 мм) - в левой парастеральной области.

Техническими трудностями на этом этапе были необычность манипуляций: хирург, стоя справа от больного (обычная позиция - слева) должен вводить основные рабочие инструменты (зажимы, клипатор) через, расположенные зеркально от стандартной операции проколы, левой рукой, а вспомогательные - левой. Выделен d.cysticus, на который наложены 3 клипсы (рис. 2).

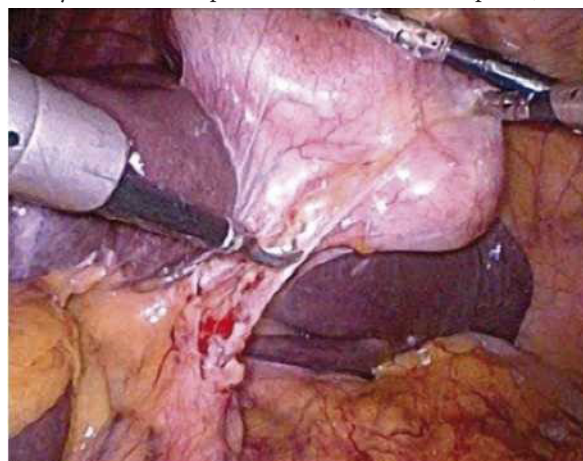


Рис. 2. Интраоперационное изображение печени и желчного пузыря, которые размещаются слева.

Между клипсами проток пересечен. Наложена клипса на пузырную артерию. С помощью коагулятора выделено желчный пузырь в пределах терминальной пластинки. Санация, коагуляция ложа пузыря, контроль гемо - и холестаза - сухо. Через боковой троакар к ложу желчного пузыря подведена дренажная трубка. Желчный пузырь в контейнере удален через разрез около пупка, который послойно зашит. Операционные раны ушиты. Йод. Ас. повязки.

Макропрепарат: Желчный пузырь 9x7см, стенки плотные, гипертрофированные, в полости пузыря густая темная желчь и 6 конкрементов диаметром от 0,5 до 1,5 см.

Оперировал: проф. Полянский И.Ю.

Ассистенты: доц. Андриец В.В., ас. Шеремет М.И.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-и сутки удалено дренажную трубку с левого подпеченочного пространства. На 5-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение, на 7-е сутки сняты швы с операционной раны. Осмотрена через 1 месяц и через 2,5 года после выполнения оперативного вмешательства - состояние удовлетворительное, жалоб нет, работает по специальности.

Литература

1. Філіпов Ю.О., Скірда І.Ю., Петричук Л.М. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні, *Гастроентерологія: міжвід. зб.*, 2006. №37. С. 3-9.
2. Щербиніна М.Б., Бабєць М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні. *Охорона здоров'я України*. 2008. № 1(29). С. 67-71.
3. Ничитайло М.Ю., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. К: Макком, 2006. 344 с.
4. Головацький А. С., Черкасов В. Г., Сапін М. Р., Парахін А. І. Анатомія людини. К.: Нова книга, 2007. Т. 2. 95 с.
5. Varano NR, Merkin RJ. Situs inversus: review of the literature. Report of four cases and analysis of the clinical implications. *J Int Coll Surg* 1991; 33: 131-5.
6. Takei HT, Maxwell JG, Clancy TV, Tinsley EA. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 171-6.
7. Nursal TZ, Baykal A, Iret D, Aran O. Laparoscopic cholecystectomy in patient with situs inversus totalis. *J. Laparoendosc Adv Surg Tech* 2001; 11: 239-41.