

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНОЙ С ПОЛНЫМ ОБРАТНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ОРГАНОВ

© 2015 С.А. Быстров¹, С.Е. Каторкин², В.О. Бизярин¹, Е.В. Шестаков¹

¹Клиники Самарского государственного медицинского университета

²Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 07.11.2015

В работе представлены результаты лечения острого калькулезного обтурационного холецистита у больной с полным обратным расположением внутренних органов. Данное наблюдение является уникальным, так как ранее в литературе не описано применение мини лапаротомной холецистэктомии у больной с такой аномалией развития.

Ключевые слова: транспозиция органов, холецистэктомия, желчнокаменная болезнь.

ВВЕДЕНИЕ

Полное обратное расположение внутренних органов (*situs viscerum inversus totalis*), при котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их обычным положением, является редко встречающейся аномалией развития с частотой распространения от 1:10000 до 1:50000 [4, 8]. Эта аномалия, вероятно, наследуется по аутосомно-рецессивному типу [4]. Различают тотальную транспозицию органов, при которой все внутренние органы расположены инвертно по отношению к нормальной их локализации, и частичную, когда обратно расположенными оказываются отдельные органы или отдельные органы одной из полостей тела. Тотальная транспозиция органов, как правило, не сопровождается патологией развития самих органов и нарушением их функции. Сочетание данной аномалии и желчнокаменной болезни, осложненной острым холециститом, является редким наблюдением [6]. В литературе имеется небольшое число публикаций о применении традиционных или лапароскопических холецистэктомий у больных с калькулезным холециститом при *situs viscerum inversus totalis* [2, 3, 5, 7]. Сопоставлений об использовании мини лапаротомного доступа при остром калькулезном холецистите у больных с полным обратным расположением

внутренних органов в доступной литературе мы не встречали.

Цель работы: оценить клиническую эффективность миниинвазивной холецистэктомии у больной с деструктивным холециститом при *situs viscerum inversus totalis*.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 20 лет в клинике госпитальной хирургии Самарского государственного медицинского университета оперировано более 3500 больных с желчнокаменной болезнью, однако сочетание ЖКБ с острым калькулезным холециститом на фоне тотальной транспозиции внутренних органов встретилось нам впервые.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная Л., 63-х лет, поступила в нашу клинику 21.09.15 с жалобами на интенсивные боли в области левого подреберья, тошноту, рвоту желчью и повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза – ЖКБ пациентка страдает более 10 лет, ранее были неоднократные приступы острого холецистита. Последнее обострение заболевания связано с погрешностями в диете, приступ развивался 3 суток назад. При объективном обследовании – язык суховат, обложен коричневым налетом. В левом подреберье определялся локальный дефанс, выраженная болезненность при пальпации, положительные симптомы Орнтера слева, френикус-симптом слева. В лабораторных анализах – умеренный лейкоцитоз ($12,1 \times 10^9/\text{л}$) с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов до 15%. По данным УЗИ брюшной полости определяется полная инверсия внутренних органов. Печень расположена слева, контуры ровные, размеры незначительно увеличены, экзогенность повышена, звукопроводимость снижена, глубокие структуры просматриваются неотчетливо, сосудистый рисунок ослаблен по периферии, эхоструктура диффузно неоднородная, очаговая патология не выявлена. Желчный пузырь 123x41

Быстров Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий хирургическим отделением клиники госпитальной хирургии.

E-mail: bistrovs@mail.ru

Каторкин Сергей Евгеньевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой госпитальной хирургии. E-mail: katorkinse@mail.ru

Бизярин Виктор Олегович, врач-хирург хирургического отделения клиники госпитальной хирургии.

E-mail: bizyarinvo@mail.ru

Шестаков Евгений Викторович, врач-хирург хирургического отделения клиники госпитальной хирургии.

E-mail: shestakov-evgeniyu@rambler.ru

мм, увеличен, форма с перегибом в шейке, стенка уплотнена, утолщена до 4 мм, «слоистая», с тонким гипэхогенным ободком. Содержимое – замазкообразная густая желчь. В шейке – фиксированный конкремент до 24 мм. Поджелудочная железа 33x19x28 мм, контур неровный, четкий, эхогенность повышенная, структура диффузно-неоднородная. Селезенка расположена под правым куполом диафрагмы, контуры ровные, размеры не увеличены.

Заключение УЗИ – транспозиция органов; ультразвуковые признаки ЖКБ, калькулезного холецистита, фиксированного конкремента в шейке желчного пузыря («отключенный» пузырь), перихолецистита, хронического панкреатита, диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза. Учитывая необычность приведенного наблюдения, для подтверждения аномалии нами также выполнена компьютерная томография грудной и брюшной полостей.

Исследование проводилось на компьютерном томографе Toshiba Aquilion 32. На серии томограмм, выполненных по специальной программе, определяется транспозиция органов средостения со смещением сердца и магистральных сосудов вправо. Свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Просвет трахеи, бронхов крупного калибра сохранен, стенки бронхов не утолщены. Лимфатические узлы бифуркационной и паратрахиальных групп не увеличены. Сердце, магистральные сосуды расположены справа, размеры соответствуют возрасту. Левый купол диафрагмы приподнят (левостороннее расположение печени), контуры ровные, четкие. Жидкости в плевральных полостях не визуализируются. По заключению компьютерной томографии имеются признаки транспозиции органов средостения (рис. 1). Патологии не выявлено.

На серии компьютерных томограмм органов брюшной полости печень расположена в левой половине брюшной полости, размеры не увеличены, контуры краев четкие, ровные, плотность паренхимы в пределах нормы (60-63 HU). Очаговых изменений в паренхиме не выявлено. Внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки не изменены, желчный пузырь умеренно увеличен – 106,6x37,6 мм, стенки утолщены, содержит малоплотный конкремент размером 33,2x23,8 мм. Воротная вена диаметром 12 мм. Селезенка расположена под диафрагмой в правой половине брюшной полости, нормальных размеров. Контуры четкие, внутренняя структура однородная. Поджелудочная железа не увеличена, паренхима однородная, без участков патологической плотности. Наружные контуры неровные, четкие. Пара- и перипанкреатическая клетчатка без особенностей. Вирсунгов проток не расширен.

Почки расположены в типичном месте, размеры не изменены, полостные системы не расширены, конкрементов нет.

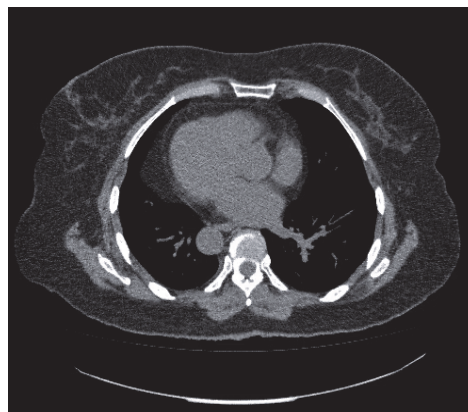


Рис. 1. Компьютерная томограмма грудной клетки, аксиальный срез. КТ признаки транспозиции органов грудной клетки



Рис. 2. Компьютерные томограммы брюшной полости, аксиальный срез, желчный пузырь с конкрементом желчного пузыря

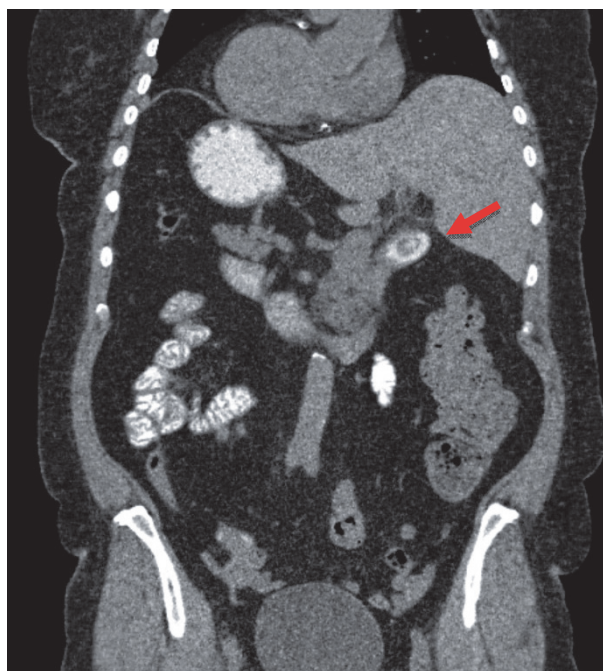


Рис. 3. Компьютерная томограмма грудной клетки и брюшной полости, корональный срез. КТ признаки транспозиции органов грудной клетки и брюшной полости, конкремента желчного пузыря

Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Лимфатические узлы в зоне сканирования не увеличены.

По заключению компьютерной томографии выявляются признаки транспозиции органов брюшной полости, желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит (рис. 2, 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного дообследования и консервативного лечения было принято решение оперировать больную. Традиционно в нашей клинике больным с острым деструктивным холециститом мы отдаем предпочтение миниинвазивной операции – холецистэктомии из мини лапаротомного доступа [1]. Видеолапароскопическое вмешательство у данной больной мы сочли менее целесообразным в связи с повышенным риском ятрогенных осложнений.

Операция выполнена 23.09.15. Продольным разрезом длиной 4 см трансректально слева в предполагаемой проекции печеночно-двенадцатиперстной связке послойно вскрыта брюшная полость (рис. 4). В рану установлены кольцевой ранорасширитель «Мини-ассистент» с осветителем и введены отграничивающие салфетки под зеркала. Желчный пузырь расположен подпеченочно, в рыхлом инфильтрате, увеличен (12 x 4 x 3 см), напряжен, стенка инфильтрирована, с фибринозным налетом. После наложения кисетного шва в области дна выполнена пункция – эвакуировано до 100 мл мутной желчи с гноем. Тупым и острым путем выделены тело, шейка, пузырный проток, гепатикохоледох. Последний не расширен (8 мм). Треугольник Кало выражен хорошо. Пузырный проток перевязан на расстоянии 5,0 мм от холедоха, пересечен. Тупым путем выделена, лигирована (проксимальный конец дважды) и пересечена пузырная артерия. Тупым и острым путем шейка пузыря мобилизована. Желчный пузырь выделен из ложа от дна и удален субсерозно с помощью электрокоагулятора. Гемостаз ложа шариковым коагулятором. Подпеченочное пространство дренировано из отдельного разреза в левой боковой области ПХВ трубчатым дренажем. Из брюшной полости удалены отграничивающие салфетки, зеркала, ранорасширитель. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

Диагноз после операции – ЖКБ. Острый калькулезный флегмонозный обтурационный холецистит. Эмпиема желчного пузыря. Полное обратное расположение внутренних органов.

Макропрепарат: желчный пузырь 9,6x3,7x2,7 см, толщина стенки 4-5 мм, последняя инфильтрирована, гиперемирована, с множественным фибринозным налетом. В просвете – замазкообразная желчь, гной, вклиненный в шейку конкремент длиной до 3,8 см (рис. 5).

Гистологическое заключение – обострение хронического холецистита по типу флегмонозного.

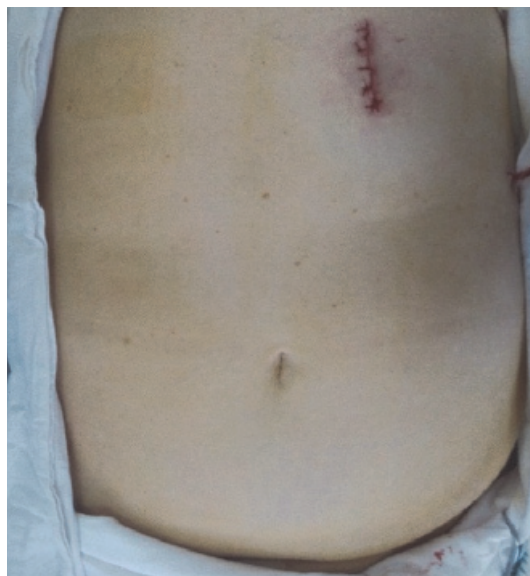


Рис. 4. Вид послеоперационной раны



Рис. 5. Макропрепарат.
Желчный пузырь и конкремент

Длительность операции составила 60 минут при средней длительности данного вмешательства при калькулезном холецистите 43,5 минуты [1], что обусловлено острым характером заболевания и аномальным расположением органов.

В послеоперационном периоде была назначена стандартная терапия, течение гладкое, без осложнений. Отделяемое по контрольному дренажу было минимальным и на вторые сутки трубчатый дренаж удален из подпеченочного пространства. Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии после контрольного УЗИ с нормальными лабораторными и биохимическими показателями на 5 сутки после операции. Швы с послеоперационной раны сняты на седьмые сутки амбулаторно. Заживление раны первичным натяжением. При контрольном осмотре больной

через месяц – жалоб не предъявляет, самочувствие хорошее, пациентка ведет обычный образ жизни и питания. Клинических признаков постхолецистэктомического синдрома не выявлено.

Описание каждого подобного наблюдения, несомненно, имеет большое значение, так как способствует накоплению опыта и выбору оптимальной хирургической тактики лечения больных с желчнокаменной болезнью при полном обратном расположении внутренних органов.

ВЫВОДЫ

Холецистэктомия из мини лапаротомного доступа является операцией выбора при деструктивном холецистите. По нашему мнению, данный вид оперативного вмешательства при остром калькулезном холецистите на фоне situs viscerum inversus totalis сочетает в себе малую травматичность и низкий риск ятрогенных осложнений при операции, и поэтому наиболее целесообразен. Операцию должен выполнять хирург, обладающий большим опытом в миниинвазивной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной бо-

лезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. 2010. № 7. С. 55–59.

2. Головацкий А.С., Черкасов В.Г., Рудой В.Г. Лапароскопическая холецистэктомия в центре амбулаторной хирургии у больной с полным обратным расположением внутренних органов // Амбулаторная хирургия. 2008. № 4. С. 32–34.
3. Ещанов А.Т. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с полным обратным расположением внутренних органов // Эндоскопическая хирургия. 1997. № 3. С.27–29.
4. Козлова С.И., Демикова Н.С., Семенова Е.А., Блиникова О.Е. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. М.: ПРАКТИКА, 1996. 411 с
5. Копылов Ю.Н., Белов А.В., Четин М.В. Хронический калькулезный холецистит при полном обратном расположении внутренних органов // Казанский медицинский журнал. 1997. Т. 78, № 1. С. 51–52.
6. Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Хафизов Т.Н., Зиганшин Д.М., Имаев А.Б. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите у больного с обратным расположением внутренних органов // Эндоскопическая хирургия. 2009. № 5. С.62–63.
7. Nursal TZ, Baykal A, Iret D, Aran O. // Laparoscopic cholecystectomy in patient with situs inversus totalis/ J. Laparoendosc Adv Surg Tech. 2001. № 11. P. 239–41.
8. 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. P.131–135.

MINIMALLY INVASIVE CHOLECYSTECTOMY AT DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH COMPLETE VISCERAL INVERSION

© 2015 S.A. Bystrov¹, S.E. Katorkin², V.O. Bizyarin¹, E.V. Shestakov¹

¹The Department and Clinic of Hospital Surgery of Samara State Medical University

²Samara State Medical University

The article presents the results of the treatment of acute obstructive calculous cholecystitis in patients with complete visceral inversion. This observation is considered to be unique as far as mini laparotomic cholecystectomy in patients with this abnormal development has never been described in the literature.

Keywords: situs inversus, cholecystectomy, cholelithiasis.

Sergey Bystrov, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of Surgical Department at the Hospital Surgery Clinic. E-mail: bistrovsa@mail.ru

Sergey Katorkin, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Chair of Hospital Surgery. E-mail: katorkinse@mail.ru

Victor Bizyarin, a Surgeon of Surgical Department at Hospital Surgery Clinic. E-mail: bizyarinvo@mail.ru

Evgeny Shestakov, a surgeon of Surgical Department at Hospital Surgery Clinic.

E-mail: shestakov-evgeniyy@rambler.ru