



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК:616.366-002.36:616.366-066.2-007

ВНУТРІШНЬОКІСТОЗНЕ РОЗТАШУВАННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРОГО ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ФЛЕГМОНОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

I. I. Булик, М. С. Загрійчук, Ю. І. Масюк, А. В. Гоман, В. В. Присяжнюк, А. В. Колесник,
С. В. Сухачов, О. М. Єгорова

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

INTRACYSTIC LOCALIZATION OF GALLBLADDER IN A PATIENT, SUFFERING AN ACUTE CALCULOUS PHLEGMONOUS CHOLECYSTITIS

I. I. Bulyk, M. S. Zagriyuchuk, Yu. I. Masyuk, A. V. Goman, V. V. Prysyzhnyuk, A. V. Kolesnyk,
S. V. Sukhachov, O. M. Egorova

Хірургічна топографічна анатомія жовчного міхура та структур трикутника Кало ретельно вивчена, у більшості спостережень не спричиняє труднощів під час виконання лапароскопічної та відкритої холецистектомії [1]. Класичне розташування жовчного міхура в його ложі в нижній частині C_{IV} сегмента печінки відзначають у 95 — 98% спостережень [2], у 3% спостережень виявляють аномальне топографоанатомічне положення жовчного міхура, зокрема, його подвоєння, внутрішньопечінкове розташування, наявність довгої власної брижі тощо [3]. Саме такі ситуації зумовлюють помилки як на етапі вибору оптимальної хірургічної тактики, так і безпосередньо під час виконання операції.

Ми спостерігали хвору, у якої виявлена кіста C_{IV} сегмента печінки великих розмірів, в середині якої містився флегмонозно-запалений жовчний міхур у вигляді видовженої товстостінної трубки. Це зумовило на доопераційному етапі певні труднощі діагностики й вибору оптимальної хірургічної тактики лікування. Подібних повідомлень ми не знайшли ні у вітчизняній, ні в зарубіжній літературі, тому наводимо це рідкісне клінічне спостереження.

Хвора П., 65 років, госпіталізована в клініку 24.09.13 зі скаргами на приступоподібний біль, тяжкість у правому підбер'ї, періодичну нудоту, блювання, печію. Подібні приступи періодично повторюються, для полегшення стану хвора застосовує спазмолітичні засоби.

При глибокій пальпації спостерігали болочість у правому підбер'ї, позитивні симптоми гострого холециститу: Кера, Грекова — Ортнера, Мюсі — Георгієвського.

Аналіз крові: ер. $4,82 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 148 г/л, л. $12,6 \times 10^9$ в 1 л, еоз. 0,02, лімф. 0,07, п. 0,28, с. 0,56, мон. 0,07, тр. 213×10^9 в 1 л, ШЗЕ 16 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 75,1 г/л, білірубін загальний 10,7 мкмоль/л, прямий 2,8 мкмоль/л, АлАТ 35 мОд/л, АсАТ 21 мОд/л, сечовина 9 ммоль/л, креатинін 80,1 мкмоль/л, K^+ 5,7 ммоль/л, Na^+ 137 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, амілаза 60 Од/л.

За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, печінка не збільшена, в C_{IV} — C_V сегментах виявлене рідинне утворення розмірами $5,6 \times 5,3$ см, з перегородками, яке огортає тіло жовчного міхура. Шийка жовчного міхура розташована поза утворенням, дно жовчного міхура — частково випинається з нього. В порожнині рідинного утворення міститься ехогенне включення діаметром 6 мм — конкремент. Спільна жовчна протока (СЖП) діаметром 6 мм. Підшлункова залоза ущільнена, однорідна, розміри тіла — 1,5 см, головки — 3,6 см, хвоста — 2,4 см. Нирки, селізенка без патологічних змін.

Висновок: білома печінки, яка огортає тіло жовчного міхура?

Рекомендована пункція рідинного утворення.

Онкомаркери: СА 19 — 9 13,6 U/мл (у нормі 2,5 — 19,0 U/мл), РЕА — 1,50 нг/мл (у нормі 5,0 — 10,0 нг/мл), альфа-фетопротеїн 2,10 IU/мл (у нормі 0,5 — 10,0 IU/мл). Тобто, всі маркери онкологічного процесу органів гепатопанкреатобіліарної зони в межах норми.

Магніторезонансна томографія (МРТ), холангіографія: чітко визначаються внутрішньопечінкові жовчні протоки. Загальна печінкова протока та її розвилка чітко визначені, дистальний відділ СЖП діаметром 3 мм. Жовчний міхур візуалізується у вигляді витягнутої звивистої трубки, в проекції тіла міхура, охоплюючи його кільцем, визначається кістозне утворення, яке містить рідину та перегородки, умовним діаметром до 5 см. Видиме сполучення між жовчним міхуром та кістозним утворенням не виявлене (див. рисунок).

Оскільки зв'язок кісти з жовчними протоками під час доопераційного обстеження не встановлений, діагноз біломи виключений, хвора 02.10.13 оперована.

В підпечінковому заглибленні праворуч виявлений запально—змінений, набряклий гіперемований конгломерат з жовчного міхура, муфтоподібно огорнутого кістою C_{IV} сегмента печінки та великим сальником. Жовчний міхур мав вигляд звуженої довгастої трубки, проходив крізь кісту, лише шийка жовчного міхура не включена у конгломерат, що створювало сприятливі умови для виділення та оброблення міхурової протоки та артерії.

Здійснена лапароскопічна холецистектомія, перицистектомія, кіста ложа жовчного міхура видалена в межах неуражених тканин. Під час пункції кістозного утворення отримано до 150 мл серозно—геморагічної рідини без домішків жовчі, що підтверджувало відсутність сполучення кісти з біліарною системою. Препарат евакуйований з черевної порожнини в ендоконтейнері. Тривалість операції 135 хв. Під час детальної ревізії видаленого препарату діагноз інтракістозного розташування жовчного міхура остаточно підтверджений.

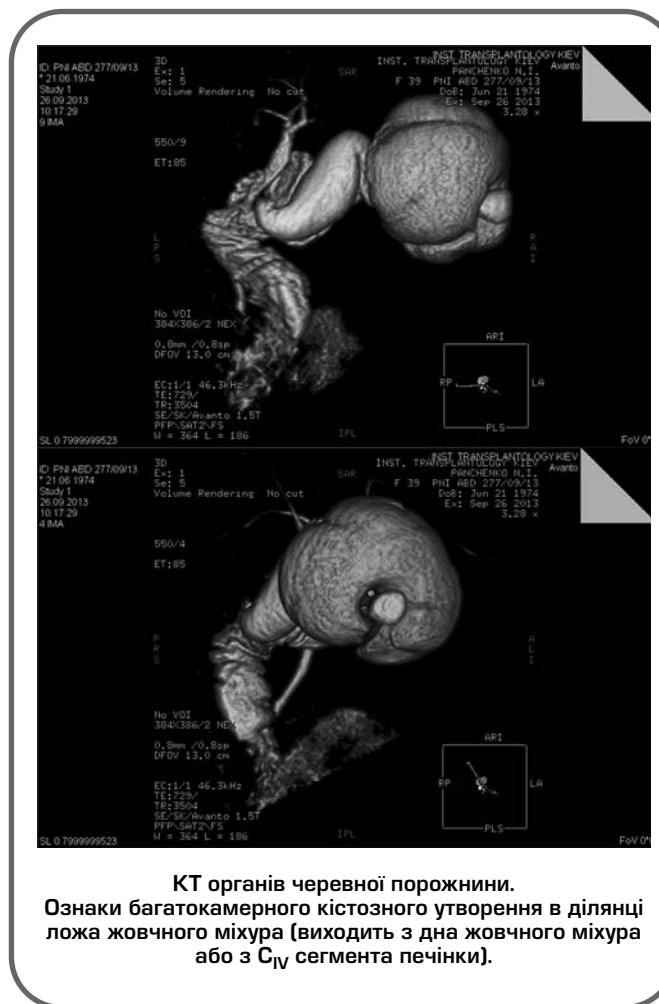
Висновок гістологічного дослідження: хронічний атрофічний холецистит; псевдоаденоматоз; ліпоїдоз.

Пацієнтка виписана на 3—тю добу після операції, ускладнень в найближчому післяопераційному періоді не було.

Таким чином, детальне максимально повне інструментальне доопераційне обстеження в сумнівних ситуаціях надзвичайно важливе для остаточної верифікації анатомії жовчного міхура та структур трикутника Кало за "нехарактерної" анатомії, що дає змогу уникнути невиправданих хірургічних втручань та інтраопераційних і післяопераційних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

- Wybourn C. Laparoscopic cholecystectomy for biliary dyskinesia: Which patients have long term benefit? / C. Wybourn, R. Kitsis, T. Baker // *Surgery*. — 2013. — Vol. 154. — P. 761 — 768.
- Frierson H. F. The gross anatomy and histology of the gallbladder, extrahepatic bile ducts, Vaterian system, and minor papilla / H. F.



КТ органів черевної порожнини.
Ознаки багатокамерного кістозного утворення в ділянці ложа жовчного міхура (виходить з дна жовчного міхура або з C_{IV} сегмента печінки).

- Frierson // *Am. J. Surg. Pathol.* — 1989. — Vol. 13. — P. 146 — 162.
- Fichtl J. Double gallbladder — a rare congenital variation / J. Fichtl, V. Treska, J. Vodicka // *Rozhl. Chir.* — 2013. — Vol. 92. — P. 209 — 211.

