

Клінічний випадок жовнокам'яної хвороби в поєднанні з аномалією розвитку позапечинкових жовчновивідних шляхів

В. В. Задорожний, М. В. Трофімов, К. П. Балаш, В. В. Гетман, І. В. Гапонов

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР

Вступ. Важливою умовою вдалих хірургічних втручань на позапечинкових жовчних протоках (ПЖП) є попередження ушкодження стінок самих проток і інших елементів гепатодуоденальної зв'язки. Нетипова анатомічна будова ПЖП коливається в межах 17–30% і визначає її практичну значимість при хірургічних втручаннях. Сучасні методи дослідження дозволяють із достатньою точністю виявляти подібні аномалії на доопераційному етапі із прогнозуванням обсягу хірургічного втручання.

Клінічний випадок.

Пацієнт К., 69 років, госпіталізований з діагнозом: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Анемія 2 ступеню.

Хворіє 1,5 місяця. Занедужав гостро з розвитком болювого синдрому і явищ жовтяниці. В аналізах: ознаки анемії 2 ступеню, білірубінемія 201,5 мкмоль/л, пряма фракція – 159,1 мкмоль/л.

УЗД: Ознаки ЖКХ, холедохолітаза, аневризми черевного відділу аорти й лівої клубової артерії.

КТ: Ознаки гострого калькульозного холециститу.

МРТ ХГ: Ознаки ектазії внутрішньо- та позапечинкових жовчних проток, біліарної гіпертензії; конкременту термінального відділу холедоха (холедох діаметром 17 мм, звитий, містить конкремент 15 мм); аномального злиття жовчних проток (трифуркація); деформації жовчного міхура, його топічного зміщення, різкого ущільнення та деформації стінки, наявності перетяжки в ділянці шийки; міхурова протока чітко не визначається, звита, обтурована; ознаки аневризми черевного відділу аорти.

Інтраопераційна ревізія: має місце аномалія розвитку позапечинкових жовчних проток і жовчного міхура; частина кишені Гартмана щільно зрощена спайками зі стінкою холедоха, розташована позаду холедоха разом з міхуровою протокою, що впадає в задню стінку холедоха; виділити кишеню Гартмана не представляється можливим.

Через небезпеку ушкодження структур гепатодуоденальної зв'язки й неможливість виділити анатомічні структури трикутника Кало виконана атипова холецистектомія; резекція середньої третини холедоха; ревізія позапечинкових жовчних проток, літоекстракція; гепатикоєюностомія по Ру.

Клінічний діагноз: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит. Аномалія розвитку позапечинкових жовчних проток. Холедохолітаз. Холангіт. Механічна жовтяниця. Печінкова недостатність. Велика інфраренальна веретеноподібна аневризма черевної аорти і лівої клубової артерії 3-го типу.

Післяопераційний період супроводжувався до 5-ї доби зовнішнім витіканням жовчі з поступовим зменшенням явищ жовтяниці.

Висновок.

Досить висока зустрічальність аномалій анатомічної будови ПЖП жадає від хірургів готовності до виконання нетипових хірургічних втручань при ЖКХ.