

DOI 10.58351/2949-2041.2025.20.3.012

Покровский Евгений Жанович,
д.м.н., доцент ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России,
Иваново

Сидоров Аркадий Александрович,
студент ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России
Иваново

Станкевич Александр Михайлович,
ассистент ФГБОУ ВО
Ивановский ГМУ Минздрава России
Иваново

ВАРИАНТ АНАТОМИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Аннотация: В статье рассматривается клиническая ситуация диагностики особенностей анатомии внепеченочных желчных протоков, которую необходимо учитывать в ходе оперативного вмешательства при остром и хроническом холецистите и его осложнениях.

Ключевые слова: пузырный проток, желчный пузырь, холангиография.

ЖКБ (холелитиаз) является одним из распространенных заболеваний органов пищеварительного тракта, основным методом лечения которого остается хирургический [3,5,6]. Операция холецистэктомия, по частоте ее выполнения, стоит в одном ряду с аппендэктомией и является одной из распространенных, производимых в большинстве хирургических отделений всех уровней [4,5,6]. Однако, несмотря на отработанную методику проведения оперативного вмешательства, внедрение принципов «безопасной холецистэктомии», интраоперационные осложнения не имеют яркой тенденции к снижению [1,2]. Одной из причин такой ситуации является анатомическая вариабельность желчного пузыря и внепеченочных протоков [2].

Ниже представлен случай оказания помощи больной с анатомическим вариантом расположения (впадения) пузырного протока, приведший к осложненному течению послеоперационного периода и потребовавший повторного оперативного вмешательства.

Пациентка 35 лет была госпитализирована в клинику госпитальной хирургии после амбулаторного обследования с установленным диагнозом: «ЖКБ (холелитиаз). Хронический калькулезный холецистит», для оперативного лечения. Давность заболевания около года, когда стали беспокоит периодические умеренные боли в правом подреберье, связанные с приемом пищи и нарушением диеты. Также в ходе обследования установлен диагноз хронического гастродуоденита, другой сопутствующей патологии и осложнений холелитиаза (несмотря на мелкие конкременты и взвесь) не отмечалось.



Операция – плановая лапароскопическая холецистэктомия, выдержки из протокола операции: «...Видеопорт установлен по Хассону, три троакара установлены в типичных точках...Выпота в брюшной полости не выявлено. Желчный пузырь 5х4х4 см, умеренно напряжен. Спаечный процесс в области треугольника Кало...Выделен, клипирован и пересечен пузырный проток. Аналогично – пузырная артерия... Выделение и удаление желчного пузыря субсерозно... Гемостаз, санация и дренаж брюшной полости...».

Анализ протокола операции с точки зрения «безопасной холецистэктомии», а именно визуализация двух трубчатых структур, идущих к желчному пузырю, интраоперационных дефектов не выявил. Поэтому желчеистечение в послеоперационном периоде первоначально было расценено как подтекание из дополнительных ходов Люшка ложа желчного пузыря.

Первые сутки после операции больная находилась в палате интенсивной терапии, послеоперационное ведение стандартное, из особенностей отмечено скудное суковичное отделяемое по контрольному дренажу с помарками желчи. На следующий день после операции пациентка переведена в общехирургическую палату, разрешен прием жидкости. Содержимое по контрольному дренажу увеличилось до 100 мл желчи. Сохранялся болевой синдром, купируемый ненаркотическими анальгетиками. Учитывая поступление желчи, больной выполнено УЗИ: «...типичная послеоперационная картина жидкостной зоны в ложе желчного пузыря размерами 32х16мм...». Из лабораторных показателей имеются небольшие отклонения в ряде биохимических анализов крови: общий билирубин – 27,6 мкмоль/л, прямой билирубин – 6,5 мкмоль/л, АЛТ – 68,6 ед/л.

С точки зрения клинической практики желчеистечение из дополнительных протоков Люшка (как была расценена послеоперационная ситуация), при отсутствии желчной гипертензии, не требует повторного оперативного вмешательства и прекращается самостоятельно в ближайшие дни послеоперационного периода. Больной дополнительно назначен цефтриаксон 1 г внутривенно капельно один раз в сутки, омепразол 20 мг два раза в сутки, продолжена симптоматическая терапия (кеторол 30 мг один раз в день, переход на энтеральное введение). В последующем количество желчи по контрольному дренажу уменьшилось до 50 мл. Лабораторный контроль изменений не выявил.

Клиническая ситуация ухудшилась на 5 день после операции. Увеличилось количество желчи по контрольному дренажу до 200 мл, при этом на УЗИ в динамике: «...свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, ложе желчного пузыря без особенностей, диффузные изменения в поджелудочной железе...». Лабораторные исследования в пределах референтных значений. Назначено МРХПГ. Однако в последующие сутки у больной появилась гипертермия до 38,0°C, усилились боли в животе, появилась иррадиация в правое плечо и прекратилось отделяемое по контрольному дренажу, на УЗИ выявлена жидкость в брюшной полости и в малом тазу. Установлены показания к релапаротомии с ретроградным или антеградным контрастным исследованием внепеченочных желчных путей для определения дальнейшей хирургической тактики.

Релапаротомия выполнена на шестые сутки после операции (лапароскопической холецистэктомии). Выдержки из протокола операции: «...удалена желчь из брюшной полости...сняты ранее наложенные клипсы...пузырная артерия перевязана... из предполагаемого пузырного протока желчи нет... визуализированы холедох и правый и левый печеночные протоки, отчетливо визуализирована культя пузырного протока длиной 2 мм (отходящая предположительно до холангиографии от правого печеночного протока)... интраоперационная холангиография через культю пузырного протока...». Информация представлена на рисунке 1.



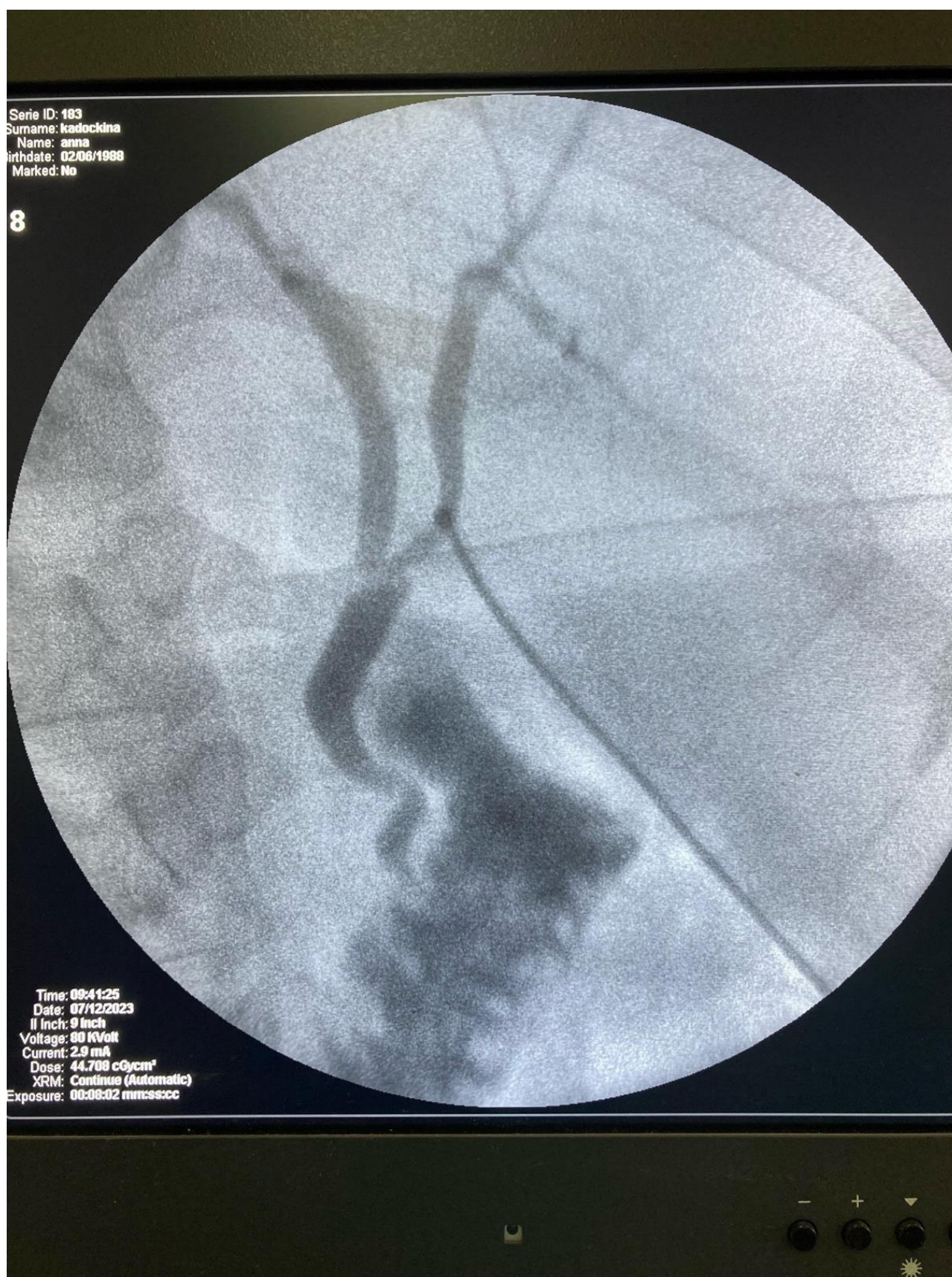


Рис.1. Интраоперационная холангиография.

Учитывая данные интраоперационной холангиографии, выявившей анатомическую особенность расположения пузырного протока (отхождение от правого печеночного протока), отсутствие желчной гипертензии и установленный источник послеоперационного желчеистечения, решено пузырный проток перевязать, желчные протоки не дренировать.



Дальнейшее течение гладкое. Больная выписана в удовлетворительном состоянии, контрольные анализы в пределах референтных значений, жалоб нет.

Разбирая ретроспективно данный клинический случай, применительно к общехирургическому отделению, необходимо оценить возможность диагностики анатомической особенности в ходе первой операции – лапароскопической холецистэктомии.

Не вызывает сомнения, что современным стандартом оперативного лечения ЖКБ (холелитиаза), острого или хронического холецистита является лапароскопическая холецистэктомия с соблюдением критериев, предложенных Steven Strassberg в 1995 году [1,7], уменьшающих процент осложнений, вызванных нестандартной анатомией треугольника Кало. Критерии CVS (critical view on safety): 1) четко видны две трубчатые структуры: пузырный проток и пузырная артерия; 2) четко видна 1/3 ложа желчного пузыря; 3) полная чистота треугольника Кало.

К сожалению, критерии CVS не всегда достижимы. Помешать этому может спаечный процесс треугольника Кало, аномальное расположение структур в треугольнике, аномалии и деформации желчного пузыря. В нашем случае у пациентки имел место спаечный процесс в области отхождения пузырного протока и пузырной артерии, как результат перенесенных ранее приступов острого холецистита. Эта ситуация, на наш взгляд, привела к тому, что за одну трубчатую структуру, идущую к желчному пузырю, принят соединительнотканый тяж. Расположение пузырного протока выше пузырной артерии не рассматривалось.

Однако, если имеется спаечный процесс или инфильтративный процесс в области шейки желчного пузыря, то можно говорить о «трудной лапароскопической холецистэктомии». Существует балльная шкала оценки риска «трудной лапароскопической холецистэктомии», предполагающая как предоперационную, так и интраоперационную оценку. В данном случае процесс соответствует 5 баллам и достоин называться «трудным». По предписаниям Российского общества эндоскопических хирургов следует предпринимать антикризисные меры: приглашение наиболее опытного хирурга, при наличии технологий проведение интраоперационной рентгенхолангиоскопии или ICG-холангиографии, в стационаре 2 уровня без соответствующих технологий и кадров выполнение операции в минимальном объеме (холецистостомия) с последующим переводом в стационар 3 уровня. Альтернативой лапароскопии остаётся вариант конверсии в открытую холецистэктомию, выполнение холецистэктомии «от дна». Также некоторые авторы утверждают о целесообразности субтотальной холецистэктомии [4,5]. Еще одним из методов профилактики повреждения желчных протоков является рентгенхолангиоскопия, выполняемая до операции в случае предполагаемой «трудной лапароскопической холецистэктомии» или интраоперационная рентгенхолангиоскопия, выполняемая при интраоперационных сложностях [5,7].

В заключение необходимо сказать, что ретроспективный анализ всегда проще интраоперационного и не направлен на «обвинение» хирургов, а лишь подчеркивает сложность возможных клинических ситуаций. Для объективности следует указать, что в большинстве случаев, при отсутствии желчной гипертензии, небольшие «дефекты» (остающиеся в том числе после удаления дренажа Кера или Холстеда) заживают самостоятельно и не требуют хирургического вмешательства. В рассматриваемом случае клиническая ситуация пошла по неблагоприятному течению, но была своевременно и без последствий для больной решена.

Список литературы:

1. Безопасная холецистэктомия. Егиев В.Н. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2024, 72с. ISBN 978-5-98803-458
2. Грязнов В.И. с соавт. Нефункциональный желчный пузырь как фактор риска травм желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. / Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018;(2): 52-56.



3. Дёмин С. С., Парфёнов И. П., Чурносов М. И., Сорокина И. Н., Полякова И. С., Цапкова Л. А., Тарасова А. П. Современные представления об этиопатогенезе хронического калькулёзного холецистита и роль молекулярно-генетических маркеров в его формировании // Актуальные проблемы медицины. 2011. №10 (105).
4. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Е.К. Баранская, А.В. Охлобыстин, Ю.О. Шульпекова, А.С. Трухманов, А.А. Шептулин, Т.Л. Лапина
5. Хирургия по Шварцу: в 3-х т. Т. II. / Под ред. Ф.Ч. Бруникарди. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2023.
6. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – Режим доступа: https://главный-хирург.рф/images/uploads/2023/2023-05-02/profcomm_04_2023.pdf
7. Kullman E, Borch K, Lindström E, Svanvik J, Anderberg B. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile ducts and bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 1996 Feb;83(2):171-5. PMID: 8689155.

