

Симультанная операция из минилапаротомного доступа при наличии острого гангренозного калькулезного холецистита и гемангиомы печени

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: острый гангренозный калькулезный холецистит, гемангиома печени, минилапаротомный доступ, симультанная операция.

Описано клиническое наблюдение сочетания бессимптомной гемангиомы печени и острого гангренозного калькулезного холецистита. Клиническая диагностика острого калькулезного холецистита, данные лабораторно-биохимических исследований, повторных УЗИ были малоинформативны. КТ: острый калькулезный холецистит; абсцесс печени?; гемангиома S₅ печени. Лишь после третьей консультации хирурга больной переведен в клинику с диагнозом острый калькулезный холецистит. Проведена неотложная операция минилапаротомным доступом. Диагностирована гемангиома S₅ печени и гангренозная форма острого калькулезного холецистита, обнаружен плотный инфильтрат. Проведена симультанная операция – холецистэктомия и энуклеация гемангиомы печени. Данное наблюдение показывает возможности симультанной операции из малотравматичного минилапаротомного доступа, раскрывая все его преимущества над двухмоментной операцией.

Симультанна операція з мінілапаротомного доступу за наявності гострого гангренозного кам'яного холециститу та гемангіоми печінки

О. В. Капшитарь

Описано клінічне спостереження поєднання безсимптомної гемангіоми печінки та гострого гангренозного кам'яного холециститу. Клінічна діагностика гангренозного кам'яного холециститу, дані лабораторно-біохімічних досліджень, повторних УЗД були малоінформативні. КТ: гострий кам'яний холецистит; абсцес печінки?; гемангіома S₅ печінки. Тільки після третьої консультації хворого переведений до клініки з діагнозом гангренозний кам'яний холецистит. Виконали невідкладну операцію мінілапаротомним доступом МЛД. Діагностували гемангіому S₅ печінки й гангренозну форму гангренозного кам'яного холециститу, визначили щільний інфільтрат. Виконали симультанну операцію – холецистектомію та енуклеацію гемангіоми печінки. Це спостереження демонструє можливості симультанної операції з малотравматичного мінілапаротомного доступу, розкриваючи її переваги над двоментною операцією.

Ключові слова: гострий гангренозний кам'яний холецистит, гемангіома печінки, мінілапаротомний доступ, симультанна операція.

Патологія. – 2013. – №3 (29). – С. 94–96

Simultaneous operation by the minilaparotomy approach in the presence of acute gangrenous calculous cholecystitis and hepatic hemangioma

A. V. Kapshitar

This summary explains clinical observation of combination of asymptomatic hepatic hemangioma (HH) and acute gangrenous calculous cholecystitis. Clinical diagnostics of acute calculous cholecystitis (ACC), laboratory-biochemical data, re-ultrasounds were not very informative. Computer tomography: acute calculous cholecystitis. Liver abscess? Hepatic hemangioma S5. Only after third surgeon's consultation the patient was taken to the clinic with the diagnosis of ACC. Urgent operation by minilaparotomy approach (MLA). Hepatic hemangioma S5 and gangrenous form of ACC, dense infiltrate were diagnosed. Simultaneous operation (SO) – cholecystectomy and enucleation of HH. This observation shows the opportunities of SO by low-impact MLA, revealing all its advantages over double-stage operation.

Key words: acute gangrenous calculous cholecystitis, hepatic hemangioma, minilaparotomy approach, simultaneous operation.

Pathologia. 2013; №3 (29): 94–96

Симультанная операция (СО) – это оперативное вмешательство, производимое одновременно на двух и более органах по поводу разных, не связанных между собой заболеваний [3].

По данным отечественных хирургов, СО в билиарной хирургии выполняют наиболее часто [4,9]. Это связано с высокой частотой желчнокаменной болезни (ЖКБ), которая нередко сочетается с патологией других органов [3,5,9]. Частота СО при ЖКБ составляет 2,9–22,1% [6,9]. Наиболее часто СО выполняют также в плановой билиарной хирургии [4–6].

Несмотря на разработку показаний и противопоказа-

ний к СО, методы и объемы хирургических вмешательств, хорошие результаты, достижения в хирургии и анестезиологии, практические хирурги довольно сдержанно относятся к их выполнению при остром холецистите [3]. Из всех случаев желчнокаменной болезни СО у больных с острым холециститом выполняют у 6,9–30% [5,6]. При этом послеоперационные осложнения регистрируют у 0,2–23,9% пациентов, а летальные исходы – у 2–20% [5,6]. Другие авторы летальных случаев не отметили.

Одним из сочетанных хирургических заболеваний является гемангиома печени (ГП) – наиболее распро-

страненное доброкачественное новообразование печени, имеющее мезенхимальное происхождение врожденного или приобретенного характера. ГП диагностируют у 30–50% больных [7,8,10]. Частота ГП в популяции составляет 2%, а по данным аутопсии – 7,4% [2]. При хроническом холецистите частота СО колеблется от 0,9 до 10% [1,5]. В доступной специализированной литературе не обнаружили сообщений об одновременном удалении ГП и желчного пузыря у пациентов с острым гангренозным калькулезным холециститом минилапаротомным доступом.

Цель работы

Описать редкое клиническое наблюдение – одновременное удаление ГП и желчного пузыря из минилапаротомного доступа у больного с острым гангренозным калькулезным холециститом.

Приводим описание клинического наблюдения

Больной К., 55 лет, госпитализирован в базовое хирургическое отделение КП «Городская клиническая больница №2» г. Запорожья клиники общей хирургии ЗГМУ 17.03.2013 г. в 15.00 с жалобами на боли в подложечной области и правом подреберье, тошноту, позывы к рвоте. Больной ощущал горечь, общую слабость, отмечено повышение температуры тела до 39°C. 11.03.2013 г. в 18.00 внезапно возникли боли в подложечной области и правом подреберье, повысилась температура тела до 37,5°C. Принял дексалгин – временное улучшение. 13.03.2013 г. больной вызвал скорую медицинскую помощь (СМП), но от предложенной госпитализации отказался. Боли усилились, температура тела – 38,5°C. СМП доставлен в инфекционную больницу, где патология исключена. Транспортирован в КП «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», где также исключена острая хирургическая патология. Госпитализирован в терапевтическое отделение 4 городской больницы, где лечился по поводу острой пневмонии? с 13.03. по 17.03.13 г.

В процессе лечения состояние ухудшалось, усилились боли в животе, температура тела повысилась до 39°C, лейкоцитоз возрос до $10,6 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг влево – до 10%. Обзорная рентгенограмма грудной и брюшной полостей: патология исключена. Спиральная КТ: желчный пузырь увеличен до 30×29 мм, стенка уплотнена, вклиненный конкремент в области шейки диаметром 11 мм. Холедох диаметром 8 мм. В S₅ печени субкапсулярно единичный гиподенсный очаг неправильной формы с неровным нечетким контуром 50×30 мм, умеренно активно накапливает контрастный препарат «от периферии к центру» вплоть до полной маскировки. В паренхиме печени по верхнему краю, в проекции ложа желчного пузыря – гиподенсный очаг жидкостно-коллоидной плотности неправильной формы с неровными, относительно четкими контурами $43 \times 31 \times 26$ мм. Заключение: гемангиома печени; ЖКБ; холецистит; абсцесс печени? в ложе желчного пузыря.

После третьей консультации хирурга больной переведен в клинику.

Общее состояние средней тяжести. Пульс – 90 уд/мин. АД – 140/60 мм рт. ст. Температура тела – 37,9°C. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где нечетко пальпируется инфильтрат. Симптом Щеткина отрицательный. В общем анализе крови: Hb – 146 г/л, Eг – 4,42 Т/л, L – 10,7г/л, ю – 1%, п – 17%, с – 46%, л – 21%, м – 15. СОЭ – 23 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. УЗИ: желчный пузырь овальной формы, 74×42 мм, стенка – 5 мм, в просвете конкремент? диаметром 10 мм. В правой доле печени очаг округлой формы 30×30 мм с четкими контурами, гиперэхогенным содержимым. Заключение: Острый калькулезный холецистит; абсцесс печени?; перипузырный абсцесс?; гемангиома правой доли печени? 18.03.13 г. – УЗИ-контроль: в паренхиме печени патологическое образование 70 мм в диаметре, в капсуле, неоднородной ячеистой структуры (абсцесс?). Желчный пузырь – 96×46 мм, стенка – 4 мм, уплотнена, отек, в просвете – гиперэхогенный осадок. Холедох диаметром 13 мм. Умеренная эктазия желчных протоков. Осмотрен терапевтом: гипертоническая болезнь II ст.

18.03.13 г. в 10.50 выполнена неотложная симультанная операция. Правосторонним трансректальным вертикальным минилапаротомным доступом вскрыта брюшная полость. Обнаружено небольшое количество серозного выпота в подпеченочном пространстве. Плотный околопузырный инфильтрат разоблачен. Желчный пузырь – $11 \times 4 \times 4$ см багровой окраски с очагами некроза черного цвета 4×3 мм, напряжен, не опорожняется. Из-за инфильтрата элементы гепатодуоденальной связки не дифференцируются. По диафрагмальной поверхности в проекции S₅ печени, частично подкапсулярно, отступив 2 см от края печени – образование 60×50 мм с гладкой белесоватой блестящей капсулой, через которую просвечивается темная кровь. Произведена пункция желчного пузыря, удален гной. Выполнена холецистэктомия от шейки с отдельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии; энуклеация гемангиомы печени; гемостаз электрокоагуляцией и 8-образными швами кетгутум. Кровопотеря – 300 мл. Проведено дренирование подпеченочного пространства. Рана ушита послойно наглухо. После разреза желчного пузыря визуализирована слизистая черного цвета и конкремент смешанного типа диаметром 11 мм. Гистологическое заключение № 12182-85: острый гангренозный холецистит на фоне хронического, фибринозно-гнояного перихолецистит; № 12178-8: кавернозная гемангиома печени.

Послеоперационное течение гладкое. Дренажи из брюшной полости удалены на пятые сутки. Швы сняты на 12 сутки. Выписан.

Выводы

Описанное клиническое наблюдение показывает возможность выполнения СО – энуклеации ГП и холецистэктомии у больного с острым гангренозным калькулезным холециститом из минилапаротомного доступа при условии локализации ГП вблизи свободного края переднего сегмента печени.

Небольшая кровопотеря и удлинение операции без осложнений со всеми известными положительными сторонами СО и минилапаротомного доступа позволяют рекомендовать их для применения в клинической практике.

Список литературы

1. Гемангиомы печени: операция или наблюдение / О.Г. Скипенко, Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев [и др.] // Хирургия. – 2012. – № 9. – С. 13–20.
2. Гемангиомы печени: хирургический взгляд / Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев, Н.Н. Багмет, О.Г. Скипенко // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – № 4. – С. 91–98.
3. Иванов Ю.В. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях / Ю.В. Иванов, Н.А. Соловьев, М.Б. Шарнов // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 17–20.
4. К хирургической тактике при острых и хронических заболеваниях органов брюшной полости / А.А. Ольшанецкий, В.К. Глазунов, О.А. Фингольд, Д.А. Кононенко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 211–215.
5. Лапароскопічна та традиційна холецистектомія і симультанні операції на органах черевної порожнини / М.Д. Василюк, А.Г. Шевчук, Я.І. Козань [та ін.] // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3–4. – С. 52–55.
6. Лохвицкий С.В. Симультанные операции при послеоперационных грыжах и калькулезном холецистите / С.В. Лохвицкий, М.В. Цешковский // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – № 3. – С. 83.
7. Оптимизация алгоритма диагностики доброкачественных очаговых образований печени / В.В. Хацко, А.Б. Шаталов, А.М. Дудин, К.И. Павлов // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: тезисы докладов XVI Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (16–18 сентября 2009, г. Екатеринбург (Россия)). – Екатеринбург, 2009. – С. 19.
8. Результаты хирургического лечения гемангиом печени / О.Г. Котенко, Н.Я. Калита, О.В. Васильев [и др.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 58.
9. Симультанні операції під час виконання лапароскопічної холецистектомії / В.І. Русін, Ю.Ю. Переста, В.Ю. Ревес [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2006. – № 4–5. – С. 52.
10. Хирургия: у 3 т. / [за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Міщалова]. – Дніпропетровськ: Дніпро-VAL, 2012. – Т. 3 (книга 1). – 780 с.

Сведения об авторе:

Капшитарь А.В., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными, Запорожский государственный медицинский университет, E-mail: alexiy_1@minamoto.com.ua.

Надійшла в редакцію 05.12.2013 р.