

В настоящее время пациентка остается под нашим наблюдением. Несмотря на её самовольный отказ от приёма противопаразитарных препаратов в течение года после операции инструментальных данных за рецидив эхинококкоза не выявлено.

Представленный способ хирургического лечения пациентки с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией считаем вариантом выбора, благодаря которому нам удалось избежать развития тяжёлых послеоперационных бронхо-легочных и сердечно-сосудистых осложнений, уменьшив операционную и исключив наркозную травму, а также минимизировать риск повторного возникновения и необходимости хирургического лечения эхинококкоза печени.

Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, кафедра детских инфекционных болезней; ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3, Волгоград

СЛУЧАЙ АГЕНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

УДК 616-007.21

В статье рассматривается редкий в хирургической практике случай агенезии желчного пузыря. Даны клинико-диагностические особенности заболевания, закончившегося благополучно.

Ключевые слова: агенезия желчного пузыря, аномалии развития, хирургическая практика.

R. V. Myakonkiy, K. O. Kaplunov

A CASE OF AGENESIS OF THE GALL BLADDER

The article analyzed a rare case of agenesis of the gall bladder in surgical practice. Clinical and diagnostic features of the disease that had ended safely were described.

Keywords: agenesis of a gall bladder, anomaly of development, surgical practice.

Агенезия желчного пузыря (от греч. *agenesia*; *a-* + частица отрицания; *genesis* происхождение, АЖП) – полное отсутствие желчного пузыря, является весьма редкой аномалией. Низкая встречаемость АЖП подтверждается при патологоанатомических исследованиях, частота, по данным аутопсии, составляет 0,03–0,09 %, т. е. отсутствие желчного пузыря обнаруживается в 1 случае на 1 600 аутопсий [1].

Отмечено, что в большинстве случаев агенезия сочеталась с другими пороками развития желчных путей; у женщин аномалия встречается в 2 раза чаще.

Агенезия (полное отсутствие органа), аплазия (отсутствие органа при наличии сосудистой

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И. Хирургия печени. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Вишневский В. А., Кахаров М. А., Камолов М. М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: сб. тез. XII Междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
3. Михин И. В., Косивцов О. А. Эхинококкоз левого бедра // Хирургия. – 2015. – № 7. – С. 97–100.
4. Михин И. В., Косивцов О. А., Пономарев С. В. Гигантская эхинококковая киста левой доли печени у пациентки, ранее перенесшей эхинококкэктомия левого легкого // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 52–56.
5. Толстокоров А. С., Гергенретер Ю. С. Хирургическая тактика у больных с эхинококкозом печени // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 626–629.

В качестве примера приводим клинический случай трудной диагностики АЖП. Больная Я., 43 лет. Обратилась по направлению городской поликлиники 04.04.2016 г. в хирургическую клинику с жалобами на ноющие боли в области правого подреберья на фоне погрешностей в диете.

Из анамнеза заболевания известно, что больна в течение трех лет, когда впервые появились боли в животе на фоне погрешности в диете, купирующиеся приемом спазмолитиков. Амбулаторно было выполнено УЗИ органов брюшной полости (ОБП), диагностирована желчекаменная болезнь (ЖКБ). Продолжала амбулаторное лечение, госпитализаций не требовалось. После самостоятельного обращения в поликлинику была направлена на госпитализацию для планового оперативного лечения с предварительным диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит (ХКХ).

Анамнез жизни без особенностей: туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Наследственность не отягощена, вредные привычки отрицает, травм, гемотрансфузий не было, из оперативных вмешательств – кесарево сечение. Лекарственная непереносимость не выявлена, аллергологический анамнез не отягощен. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

При первичном объективном обследовании состояние расценено ближе к удовлетворительному. При пальпации живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Желчный пузырь не пальпировался, симптом Ортнера–Грекова отрицательный. Печень при пальпации безболезненна, расположена по краю реберной дуги. По остальным системам и органам – без особенностей.

На основании жалоб больной, анамнестических данных, объективного исследования был выставлен предварительный диагноз: ЖКБ. ХКХ. В связи с предстоящим оперативным вмешательством согласно стандарту предоперационного обследования, было назначено обследование в объеме: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимическое исследование крови, коагулограмма, кал на яйца гельминтов, кровь на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекцию, сифилис, ЭКГ, УЗИ ОБП. Оперативное лечение планировалось в объеме лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

В результатах анализов:

ОАК от 05.04.2016 г. – без значимой патологии, ускорение СОЭ до 20 мм/ч.

ОАМ от 05.04.2016 г. – лейкоцитурия (8–10 в поле зрения).

Биохимия крови от 05.04.2016 г. – без патологии.

Коагулограмма от 05.04.2016 г. – без изменений, за исключением незначительного повышения растворимых фибрин-мономерных комплексов до 4,5 мг/100 мл (норма до 4 мг/100 мл).

Кал на яйца гельминтов от 05.04.2016 г. – отрицательно.

Серологические маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции, сифилиса – отрицательно.

ЭКГ от 05.04.2016 г. – без патологии.

УЗИ ОБП от 05.04.2016 г. – визуализируется желчный пузырь 5,0 × 1,5 см, полностью заполнен конкрементами – отключенный?. Внутривнутрипеченочные желчные протоки и холедох не расширены. В ткани печени умеренные диффузные изменения.

Предварительный диагноз был подтвержден: ЖКБ. ХКХ. Под эндотрахеальным наркозом планировалось выполнить ЛХЭ.

Из протокола операции: ...Ревизия брюшной полости, обнаружен холедох до 0,6 см в диаметре, обычного цвета. Печень имеет дольчатое строение, край заострен. Желчный пузырь не визуализируется. Другой видимой патологии не выявлено. Произведена конверсия, выполнена минилапаротомия с использованием аппарата мини-ассистент в правом подреберье. Желчный пузырь не обнаружен. При выделении холедоха пузырьный проток и артерия отсутствуют. Переход на лапаротомию. Выполнено расширение раны книзу трансректально, произведена пальцевая ревизия на предмет внутрипеченочного расположения желчного пузыря, пальпаторно внутривнутрипеченочных образований не обнаружено, холедох камней не содержит. Было выполнено интраоперационное УЗИ, желчный пузырь отсутствует, конкрементов холедоха не имеет.

Выполнение интраоперационной холангиографии (ИХГ) в связи с отсутствием пузырного протока не представлялось возможным, выполнение ИХГ через холедохотомию расценено нецелесообразным и излишне травматичным.

Ввиду технических сложностей, отсутствия достоверных признаков наличия желчного пузыря решено закончить операцию дренированием брюшной полости...

Учитывая данные, полученные в ходе оперативного вмешательства, был выставлен клинический диагноз: Аномалия развития, отсутствие желчного пузыря. Послеоперационный период протекал гладко, больная получала симптоматическую (кеторол 1 мл внутримышечно 2 раза в сутки) и антибактериальную (цефазолин 1 г внутримышечно 2 раза в сутки) терапии. Выписана на 8-й день госпитализации с выздоровлением. Даны рекомендации по амбулаторному наблюдению.

Перспективно установлено, что больной было выполнено МРТ с контрастированием, диагноз АЖП был подтвержден.

Данный клинический случай демонстрирует трудность диагностики изолированных аномалий развития, что вызвано нехарактерной поздней манифестацией клинических проявлений, трудностью дифференциальной диагностики с ЖКБ (схожая клиническая картина), а также гипердиагностикой ЖКБ, по данным УЗИ ОБП, с наличием характерных жалоб.

При отсутствии желчного пузыря роль резервуара желчи может брать на себя общий желчный проток, если сохранена функция сфинктера Одди, что встречается в 75 % случаев [4]. В этом случае заболевание протекает бессимптомно, а клиническая манифестация может быть

отложена на неопределенно долгое время, что и произошло в рассматриваемом случае.

ЛИТЕРАТУРА

1. Изолированная гипоплазия желчного пузыря: клинический случай / Е. М. Шурпо и др. // Доктор.ру. – 2015. – № 2 (2). – С. 322.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10. – М.: Медицина, 2003. – Т. 1, Ч. 1. – 2432 с.
3. Тератология человека: руководство для врачей / Под ред. Г. И. Лазюка. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1991. – С. 11.
4. Agenesis of the gallbladder: A dangerously misdiagnosed malformation / N. Peloponissios, et al. // World Gastroenterol. – 2005. – Vol. 11. – P. 6228–6231.