

Случаи из практики



© ПОПОВ А. Е., СЛЕДН. Ю., ТУМАКОВ И. О., ГОЛЬДШМИТ А. В.

УДК: 611.36:616.366-002

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

А. Е. Попов¹, Н. Ю. След², И. О. Тумаков², А. В. Гольдшмит²

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, зав. — д. м. н., проф. Д. В. Черданцев;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона»,

гл. врач — к. м. н., доцент В. А. Фокин.

Резюме. В статье описан редкий случай аномального строения печени у больной с хроническим калькулезным холециститом. В ходе оперативного вмешательства у пациентки выявлено, что левая и правая доли печени расположены абсолютно раздельно друг от друга. Разделение гепатодуоденальной связки происходило дистально и соответствующие структуры связки изолировано впадали в левую и правую доли печени.

Ключевые слова: аномальное строение печени, левая и правая доли печени, разделение гепатодуоденальной связки.

RARE CASE OF THE ANATOMICAL STRUCTURE OF LIVER IN PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

A. Ye. Popov¹, N. Yu. Sled², I. O. Tumakov², A. V. Goldshmidt²

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky;

²KSBHI "Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital № 20 named after I. S. Berzon".

Abstract. This article describes a rare case of abnormal structure of the liver in patients with chronic calculous cholecystitis. During surgery it was revealed that the left and right hepatic lobes are located completely separately from each other. The separation of hepatoduodenal ligament occurred distally and appropriate structures of the ligament isolated fell into the left and right lobe of the liver.

Key words: abnormal structure of the liver, the left and right lobe of the liver, a division of the hepatoduodenal ligament.

Аномальное строение печени в хирургической практике встречается достаточно редко. По данным аутопсии, аномалии развития печени составляют всего 0,3% от всего количества вскрытий [1,3]. Чаще всего, имеет место вариантная анатомия трубчатых структур печени (артерий, вен, желчевыводящих протоков). Общеизвестно, что печень представляет единый орган, состоящий из двух долей (левой и правой), которые по диафрагмальной поверхности печени условно разделяются друг от друга серповидной связкой. В свободном крае заложен плотный фиброзный тяж — круглая связка печени. Она, перегибаясь через нижний край печени, образует вырезку и ложится на висцеральной поверхности печени в левую продольную борозду, которая на этой поверхности является границей между левой и правой долями печени [1].

При нормальном анатомическом строении печени гепатодуоденальная связка, состоящая из гепатохоледоха, собственной печеночной артерии и воротной вены, подвходя к воротам печени начинает раздваиваться, образуя «конфлюенц». Соответственно правая артерия, вена и желчный проток входят в паренхиму правой доли, левые

трубчатые структуры — в паренхиму левой доли. Анатомическая структура печени сложна, выделяют первичные и вторичные ворота печени. Первичные ворота, как уже было сказано, разветвляются на желчный проток, печеночную артерию и воротную вену. Вторичные ворота находятся там, где в нижнюю полую вену, собирается кровь из печеночных вен [2]. В описанном случае, у пациентки левая и правая доля печени абсолютно были расположены раздельно. Ворота печени отсутствовали. Разделение желчного протока, портальной вены, печеночной артерии, входящих в состав гепатодуоденальной связки, происходило дистально. Соответствующие структуры связки изолировано впадали в левую и правую доли печени.

Больная М., 65 лет поступила в плановом порядке в 1ХО КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона» 16.06.2014 г. с диагнозом: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, гипертоническая болезнь II Ф.кл., риск 3, СН I — II а, ожирение III ст.

По данным ультразвунографии: печень без особенностей; желчный пузырь размером 38 x 12 мм с множеством гиперэхогенных теней, (отключенный желчный пузырь);

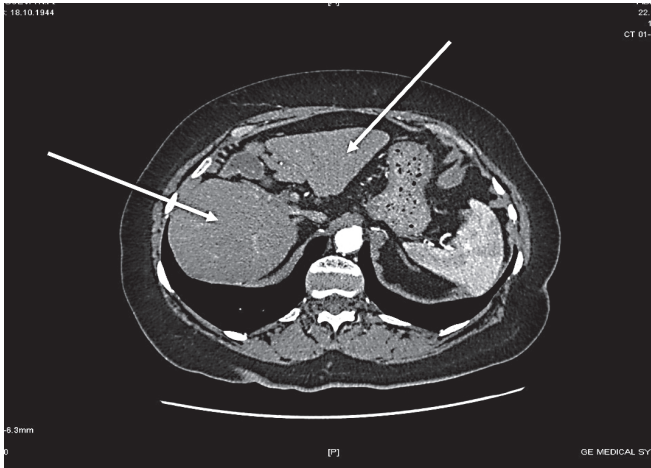


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография печени больной М., 65 лет. Стрелками обозначены раздельно расположенные левая и правая доли печени.

поджелудочная железа размером 26 x 18 x 30 мм, контур ее четкий, ровный, структура однородная. На амбулаторном КТ (рис.1): имеется вариант развития печени – глубокая междолевая борозда полностью разделяет правую и левую доли печени. Желчный пузырь располагается в междолевой щели, имеет утолщенные стенки, содержит R-контрастный конкремент. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, холедох прослеживается на всем протяжении. Признаков очагового поражения печени, поджелудочной железы не выявлено. Форма и размеры поджелудочной железы без особенностей.

После дообследования, осмотра терапевтом, больная в плановом порядке 18.06.2014 г. была оперирована. На операции обращало на себя внимание anomalous анатомическое строение печени: по диафрагмальной и висцеральной поверхностям печени, на границе SV, SVI и SVIII имела глубокая вырезка, идущая практически до нижней полой вены. «Конфлюенс» холедоха, печеночная артерия и воротная вена были расположены вне печеночной ткани. Правая и левая портальные ножки впадали в печеночную паренхиму в проекции SV и SIV соответственно. Желчный пузырь размером 80 x 30 мм расположен в печеночной щели, фиксирован тонкой складкой брюшины к глиссоновой капсуле SV, в просвете определяется несколько конкрементов. Выполнена холецистэктомия «от дна», перевязана пузырная артерия, пузырный проток до 0,5 см в диаметре. После пересечения из пузырного протока под давлением поступала прозрачная желчь. Холедох был не расширен, до 0,8 см в диаметре. Пальпаторно конкрементов в нем не определялось. Маточный зонд № 5 свободно проходил в ДПК. Пузырный проток был дренирован (рис. 2). Подпеченочное пространство дренировано перфорированной трубкой. При ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Лапаротомная рана зажила *per grammae*. Швы сняты. 02.07.2014 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.



Рис. 2. Этап операции больной М., 65 лет. Стрелками обозначены раздельные левая и правая доли печени. Дренаж в пузырном протоке.

Таким образом, в 1ХО КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И. С. Берзона» была успешно прооперирована больная с хроническим калькулезным холециститом, имеющая anomalous строение печени.

Литература

1. Анатомия человека / Под ред. М.Р. Салмина. – 2-е изд. перераб. и доп. – Т.1. – М.: Медицина. – 1991. – 466 с.
2. Оперативная хирургия / Под ред. И. Литмана. – Академия наук Венгрии, 1981. – 1175 с.
3. Пытков М.И., Ватолин К.В., Зубарева Е.А. Ультразвуковая диагностика кавернозной трансформации у новорожденных детей // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1995. – № 4. – С. 36-38.

References

1. Human Anatomy / Ed. M.R. Salmina. – 2nd ed. revised and enlarged. – Vol.1. – M.: Medicine. – 1991. – P. 466.
3. Operative Surgery / Ed. I. Litman. - Hungarian Academy of Sciences, 1981 – P. 1175
3. Pytkov M.I., Vatolin K.B., Zubareva E.A. Ultrasound diagnosis of cavernous transformation in newborns // Journal of Radiology. – 1995. – № 4. – P. 36-38.

Сведения об авторах

Попов Александр Евгеньевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры и клиники хирургических болезней имени проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2643695; e-mail: doc.popovae@mail.ru.

След Николай Юрьевич – заведующий 1 хирургическим отделением, КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И.С. Берзона.

Адрес: 660124, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12; тел. 8(391) 2642992; e-mail: nsled@bk.ru.

Тумаков Илья Олегович – врач – хирург, КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона.

Адрес: 660124, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12; тел. 8(391) 2642992; e-mail: tumakov.ilya@mail.ru

Гольдшмит Андрей Владимирович – врач-сонолог, КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 имени И. С. Берзона.

Адрес: 660124, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12; тел. 8(391) 2642712; e-mail: avgoldshmit@yandex.ru.