

кафедры анатомии Гродненского государственного медицинского института.

## **ЗНАЧЕНИЕ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, А ТАКЖЕ ЕГО УДВОЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
Сикерич Т.В., 4 к., 5 гр., ПФ  
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киселевский Ю.М.*

Описаны многочисленные варианты эктопии желчного пузыря. Он может располагаться в серповидной связке печени, передней брюшной стенке, забрюшинно, на нижней поверхности левой доли печени и т. д. Необычное положение желчного пузыря способно сыграть опасную роль в хирургии его острых заболеваний, создавая дополнительные трудности в диагностике и выполнении операций. Чаще других наблюдают внутрипеченочное расположение органа и так называемый «подвижный», «блуждающий» желчный пузырь [2, 3].

Расположение пузыря в паренхиме печени является относительно частой находкой (до 8 % аутопсий по D. Goor, P. Ebert, 1972). Переходные варианты этой аномалии (т. е. углубление в печеночную паренхиму на  $\frac{2}{3}$  окружности) наблюдаются у 11 % детей [Баиров Г. А. и др., 1970].

Расположение желчного пузыря в ткани печени само по себе не дает клинических проявлений, но при этой аномалии отмечают повышенную склонность к холелитиазу. Клиническая картина воспаления желчного пузыря имеет ряд особенностей, характеризуясь преобладанием «печеночной» симптоматики. Непосредственный контакт с тканью печени по всей поверхности пузыря определяет при остром холецистите распространенное вовлечение в патологический процесс печеночных клеток. Наблюдают быстрое увеличение размеров печени, нарастание желтухи, ферментемии. При деструктивных формах холецистита симптоматика заболевания схожа с таковой при абсцессах печени.

Обнаружение и удаление внутрипеченочного желчного пузыря – серьезная проблема для хирурга. Выявление тени желчного пузыря при рентгенологическом обследовании существенно упрощает диагностику. Если же обследование до операции не проводили или желчный пузырь не виден на рентгенограмме, отсутствие его в типичном месте легко приводит к ошибочному заключению об отсутствии его вообще. В таких случаях не следует забывать о возможности внутрипеченочного нефункционирующего желчного пузыря. Для уточнения диагноза необходимо пальпировать пузырную ямку и произвести пробную пункцию. Определяющее значение в диагностике и для выбора метода лечения могут иметь холангиография через общий желчный проток и ангиография [1, 2].

Методом выбора для лечения заболеваний внутрипеченочного желчного пузыря в неотложной хирургии является холецистэктомия.

Холецистэктомия может осложниться сильным кровотечением. В зависимости от глубины и направления расположения пузыря возможны попытки его удаления посредством клиновидной резекции печени.

*Подвижный («блуждающий», «висячий») желчный пузырь.* Эта аномалия представляет собой противоположность внутривисцерального желчного пузыря. Пузырь со всех сторон покрыт брюшиной, не имеет ложа и соединен с печенью дубликатурой серозной оболочки. При наличии между листками брюшины питающих сосудов она является, по существу, брыжейкой желчного пузыря, при обычном расположении и ветвлении пузырной артерии и вены скорее может быть названа подвешивающей связкой. Отсутствие должной фиксации предрасполагает к завороту и перегибам. Патогномоничных симптомов заворота желчного пузыря нет. Обычно дети попадают в хирургическое отделение с клиникой «острого живота». Сильные боли в правой половине живота начнутся внезапно, среди полного здоровья, сопровождаются тошнотой, рвотой. В течение нескольких часов интенсивность болей нарастает на фоне общего нетяжелого состояния. Далее динамика симптомов напоминает клиническую картину перекрута кишки с развитием гангрены вследствие стойкого заворота. Боли постепенно стихают, а потом, по мере развития перитонита, становятся разлитыми. Некоторое время могут отсутствовать напряжение живота, температура, лейкоцитоз. В последующие часы неизбежно развивается типичная картина перитонита.

При подозрении подвижного желчного пузыря полезную информацию может дать сравнение холецистограмм, выполненных в вертикальном положении и в положении лежа на спине. Для исключения возможной чрезмерной подвижности печени одновременно необходимо тщательно исследовать смещение ее границ. Лучшим решением диагностических проблем является лапароскопия [1, 2].

Хотя подобные наблюдения не описаны, предполагается, что лучшим хирургическим решением при обнаружении подвижного желчного пузыря у ребенка явилась бы попытка сохранения органа посредством фиксирующей операции. Общеизвестным методом лечения является холецистэктомия, выполнение которой отличается лишь необходимостью обработки брыжейки известными хирургическими приемами.

Терминами «добавочный», «удвоенный», желчный пузырь в литературе объединяют различные по происхождению и клинической значимости аномалии, для которых общим является изменение формы желчного пузыря в виде образования добавочных камер. По этому признаку вместе рассматривают: истинное удвоение, т. е. наличие двух органов; внутренние перегородки, разделяющие полость желчного пузыря на несколько сообщающихся камер; дивертикулы – ограниченные боковые мешковидные выпячивания стенки.

*Удвоение желчного пузыря.* Простейшая форма удвоения представляет собой полость желчного пузыря, разделенную продольной перегородкой до шейечного отдела. Во многих случаях перегородка продолжается в шейку и пузырный проток. Различают разделенный, *двудольчатый* желчный пузырь, характеризующийся общей шейкой для 2

раздельных камер. Дренирование может осуществляться через единственный или двойной пузырный проток. Описано слияние раздельных пузырных протоков перед впадением в общий желчный проток. Для этих форм удвоения не обязательно наличие 2 пузырных артерий. Так называемый «дуктулярный» пузырь представляет собой вариант истинного удвоения желчного пузыря. Одновременно существуют два полностью сформированных органа, обычно питающиеся двумя пузырными артериями. Пузырные протоки самостоятельно открываются в общий желчный проток или печеночные протоки. Аномалия проявляет себя клинически лишь в случаях воспаления пузырей [3, 1].

Диагноз удвоенного пузыря может быть поставлен с помощью рентгенологического или радиологического обследования. При обнаружении двух теней в зоне желчного пузыря предположение об удвоении обоснованно лишь при четком контрастировании неизмененных печеночных, общего желчного и пузырного протоков. В противном случае необходимо исключить кистозное поражение желчных путей. Отсутствие тени добавочного желчного пузыря не опровергает такого диагноза, так как может быть обусловлено «выключением» больного органа. В подобных наблюдениях диагноз уточняется только на операции. Абсолютным методом дооперационной диагностики может стать лапароскопия [3].

Показано удаление желчного пузыря. Значительно сложнее решить вопрос о хирургической тактике при хроническом холецистите. В ходе дооперационного обследования наряду с признаками хронического воспаления одного пузыря могут быть обнаружены серьезные нарушения функций второго. Решая вопрос о его сохранении, необходимо помнить о так называемой «наведенной» дискинезии – нарушениях сократительной функции в работоспособном пузыре вследствие наличия рядом поврежденного органа, источника патологических импульсов. Окончательное решение вопроса возможно только на операции с помощью тщательной ревизии и операционных методов исследования – холецистохолангиографии. Восстановление моторики сохраненного желчного пузыря происходит в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции [2].

#### **Литература**

1. С.В.Бельмер, Т.В. Гасилина, Е.Е. Лёвина – Болезни желчевыводящей системы, М., 2006.
2. У. Лейшнер – Практическое руководство по заболеваниям желчных путей, М., 2001.
3. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста.- М.: Медицина, 1982. – 384 с.