



# Лапароскопическая холецистэктомия при полном обратном расположении внутренних органов

Григорьев Н.С. • Сидоренко А.Б. • Лобаков А.И.

В статье приведены наблюдения лапароскопической холецистэктомии у пациентов с хроническим калькулезным холециститом при полном обратном расположении внутренних органов (*situs inversus totalis viscerum*). Детально описаны расстановка членов операционной бригады и места установки троакаров для манипуляций.

**Ключевые слова:** хронический калькулезный холецистит, полное обратное расположение внутренних органов.

**Т**ранспозиция внутренних органов – редкое врожденное состояние, в котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным положением. Впервые прижизненно *situs inversus viscerum* было диагностировано врачом Kruchenmeister в 1824 г. [1]. Распространение транспозиции внутренних органов варьируется в различных группах населения, но встречается не чаще чем у 1 из 10 000 человек [2].

В отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за последние 5 лет оперированы 2 больных хроническим калькулезным холециститом с полным обратным расположением внутренних органов. В литературе представлены лишь единичные случаи успешных лапароскопических холецистэктомий у таких пациентов [3, 4, 5]. В этой связи описание каждого подобного наблюдения, на наш взгляд, способствует накоплению опыта и выбору оптимальной хирургической техники лечения больных с желчнокаменной болезнью при полном обратном расположении внутренних органов.

Клиническое наблюдение № 1

Больная Р., 41 год. В течение нескольких лет пациентку беспокоили периодические боли в левом подреберье и эпигастрии, изжога. Обследована в условиях гастроэнтерологического отделения МОНИКИ. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов



брюшной полости выявлены транспозиция внутренних органов, вариант развития желчного пузыря, конкременты и хлопья желчи в просвете желчного пузыря. Консультирована абдоминальным хирургом, переведена в отделение абдоминальной хирургии МОНИКИ для планового оперативного лечения.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Больная удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

24.09.2014 выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия.

Во время операции хирург располагался между ног пациентки, ассистент справа, второй ассистент слева. Таким образом, расположение бригады было «зеркальным» относительно обычной расстановки, принятой в отделении.

Ниже пупка выполнен разрез кожи 1,5 см. Иглой Вереша наложен карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст. Введен 10 мм троакар, лапароскоп. Ревизия: печень, желчный пузырь расположены слева, желудок справа. Слепая кишка с червеобразным отростком расположены слева. Доступные осмотру петли тонкой и толстой кишки без видимой патологии. Желчный пузырь не увеличен, серозная оболочка гладкая, блестящая. Под контролем лапароскопа в субкисфоидальной области введен троакар (10 мм). В левом подреберье по передней мышечной линии установлен третий троакар (5 мм) для тракции желчного пузыря ассистентом. Четвертый порт (5 мм) устанавливался по параректальной линии, примерно в 5 см медиальнее третьего троакара. Через него вводились инструменты, которыми манипулировал оперирующий хирург.

Отмечены обычные анатомические соотношения образований, составляющих треугольник Кало. Раздельно выделены, клипированы и пересечены пузырная артерия и пузырный проток с оставлением двух клипс на культе пузырного протока. Произведена холецистэктомия от шейки. Желчный пузырь извлечен через параумбиликальный доступ. Подпеченочное пространство осушено, дренировано однопросветным дренажом.

С нашей точки зрения, такой выбор расстановки операционной бригады и расположение лапаропортов создают для оперирующего хирурга достаточное пространство, возможность быстрого и адекватного реагирования в случае возникновения технических

трудностей и интраоперационных осложнений, тем самым снижая риск ятрогенных повреждений и послеоперационных осложнений.

Послеоперационный период протекал гладко, дренаж удален на 2-е сутки, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

#### Клиническое наблюдение № 2

Больная Ш., 56 лет. В течение 6 месяцев пациентку беспокоили жалобы на горечь во рту, периодические тянущие боли в левом подреберье и эпигастрии. Обратилась в клинику-диагностическое отделение МОНИКИ, осмотрена хирургом. Выполнено УЗИ органов брюшной полости: транспозиция внутренних органов, желчный пузырь размерами 20 × 50 мм, в просвете конкремент до 14 мм. Госпитализирована в отделение абдоминальной хирургии для планового оперативного лечения. Следует отметить, что в детстве больная перенесла операцию по поводу острого аппендицита. Выполнена нижнесрединная лапаротомия, аппендэктомия. В последующем, в 2002 г., была выполнена диагностическая лапароскопия для подтверждения *situs inversus totalis*.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Больная повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, симметричный, по средней линии оформленный послеоперационный рубец после лапаротомии. Над пупком поперечный оформленный рубец после лапароскопии. Пальпаторно живот мягкий, чувствительный при глубокой пальпации в левом подреберье. Физиологические отправления в норме.

24.03.2015 выполнена лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке.

Во время операции расстановка операционной бригады была аналогична вышеописанному случаю.

Выше пупка выполнен окаймляющий пупок разрез. Иглой Вереша наложен карбоксиперитонеум 12 мм рт. ст., введен 10 мм троакар, лапароскоп. Ревизия: печень, желчный пузырь расположены слева, желудок справа. В нижнем этаже брюшной полости спаечный процесс: плоскостные спайки между большим сальником и передней брюшной стенкой. Желчный пузырь размерами 8 × 3 см, серозная оболочка гладкая, блестящая. В области тела имеются сращения с прядью большого сальника. В эпигастрии и левом подреберье введены один 10 мм и два 5 мм троакара. Сращения между большим сальником и желчным пузырем разделены.

**Григорьев Никита Сергеевич** – мл. науч. сотр. отделения абдоминальной хирургии<sup>1</sup>  
 ✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация.  
 Тел.: +7 (985) 110 27 18.  
 E-mail: nikita.grigoriev0502@gmail.com

**Сидоренко Алексей Борисович** – мл. науч. сотр. отделения абдоминальной хирургии<sup>1</sup>

**Лобаков Александр Иванович** – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация



Произведен доступ к элементам треугольника Кало. По отдельности выделены пузырная артерия и пузырный проток. Отмечен рассыпной тип кровоснабжения, пузырная артерия клипирована, пересечена, мелкие ветви коагулированы. Пузырный проток клипирован, пересечен. Выполнена холецистэктомия от шейки. В подпеченочное и левое поддиафрагмальное пространства установлены дренажные трубки. Желчный пузырь в контейнере извлечен через параумбиликальный доступ.

Гладкое течение послеоперационного периода. Дренажи удалены на 1–2-е сутки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

В заключение отметим, что наличие полного обратного расположения внутренних органов у больных хроническим калькулезным холециститом не является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии. Однако необходимы рациональная расстановка операционной бригады и специфическая установка лапаропортов. Большая вероятность ятрогенных повреждений при манипуляциях в гепатопанкреатодуоденальной зоне требует от хирурга повышенного внимания, а операция должна проводиться бригадой, имеющей значительный опыт в эндовидеохирургии. ☺

## Литература

1. Шулуток АМ, Насиров ФН, Натрошвили АГ. Лапароскопическая холецистэктомия у пожилой больной с обратным расположением внутренних органов. Эндоскопическая хирургия. 2000;10(4):55–6.
2. Choi DH, Park JW, Kim BN, Han KS, Hong CW, Sohn DK, Lim SB, Choi HS, Jeong SY. Colonoscopy in situs inversus totalis patients. Am

- J Gastroenterol. 2008;103(5):1311–2. doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01782\_6.x.
3. Ещанов АТ. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с полным обратным расположением внутренних органов. Эндоскопическая хирургия. 1997;(1):10.
4. Docimo G, Manzi F, Maione L, Canero A, Veneto F, Lo Schiavo F, Sparavigna L, Amoroso V,

- De Rosa M, Docimo L. Case report: laparoscopic cholecystectomy in situs viscerum inversus. Hepatogastroenterology. 2004;51(58):958–60.
5. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: The importance of being left-handed. Surg Endosc. 2003;17(11):1859–61.

## References

1. Shulutko AM, Nasirov FN, Natroshvili AG. Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya u pozhiloy bol'noy s obratnym raspolozheniem vnutrennikh organov [Laparoscopic cholecystectomy in an elderly female patient with situs inversus viscerum]. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2000;10(4):55–6 (in Russian).
2. Choi DH, Park JW, Kim BN, Han KS, Hong CW, Sohn DK, Lim SB, Choi HS, Jeong SY. Colo-

- noscopy in situs inversus totalis patients. Am J Gastroenterol. 2008;103(5):1311–2. doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01782\_6.x.
3. Eshchanov AT. Laparoskopicheskaya kholetsistektomiya u bol'nykh s polnym obratnym raspolozheniem vnutrennikh organov [Laparoscopic cholecystectomy in patients with situs inversus totalis viscerum]. Endoskopicheskaya khirurgiya. 1997;(1):10 (in Russian).

4. Docimo G, Manzi F, Maione L, Canero A, Veneto F, Lo Schiavo F, Sparavigna L, Amoroso V, De Rosa M, Docimo L. Case report: laparoscopic cholecystectomy in situs viscerum inversus. Hepatogastroenterology. 2004;51(58):958–60.
5. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: The importance of being left-handed. Surg Endosc. 2003;17(11):1859–61.

# Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis viscerum

Grigor'ev N.S. • Sidorenko A.B. • Lobakov A.I.

The article describes cases of laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic calculous cholecystitis and *situs inversus totalis viscerum*. Placing of surgical team members and location of trocars for manipulations are described in details.

**Key words:** chronic calculous cholecystitis, *situs inversus totalis viscerum*.

**Grigor'ev Nikita Sergeevich** – Junior Research Fellow, Department of Abdominal Surgery<sup>1</sup>  
✉ 61/2–15 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (985) 110 27 18.  
E-mail: nikita.grigoriev0502@gmail.com

**Sidorenko Aleksey Borisovich** – Junior Research Fellow, Department of Abdominal Surgery<sup>1</sup>

**Lobakov Aleksandr Ivanovich** – MD, PhD, Professor, Chair of Surgery, Postgraduate Training Faculty<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation



KST  
interforum

# 14 Европейский конгресс терапевтов

Москва  
Крокус Экспо  
**2015**  
14–16 Октября

14<sup>th</sup> European Congress of Internal Medicine  
«Внутренняя медицина без границ»

#### Организаторы

Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ)

Европейская федерация внутренней медицины (EFIM)

#### В программе Конгресса

Примут участие ведущие ученые в области внутренних болезней из более 30 европейских стран

Подробнее на сайте: [www.efim2015.org](http://www.efim2015.org)



16+ Реклама

140 лет со дня рождения М.П. Кончаловского

# X Национальный конгресс терапевтов

14–16 октября 2015 года

Москва  Крокус Экспо

ст. метро Мякинино, 65 км МКАД

[www.congress2015.rnmot.ru](http://www.congress2015.rnmot.ru)

#### Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1  
телефон: (495) 518-26-70  
электронная почта: [mail@interforum.ru](mailto:mail@interforum.ru)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

#### Технический секретариат:

ООО "КСТ Интерфорум"  
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57  
телефон: (495) 722-64-20  
электронная почта: [mail@interforum.ru](mailto:mail@interforum.ru)  
[www.rnmot.ru](http://www.rnmot.ru)

2015

16+ Реклама

ISBN 978-5-98511-280-1



9 785985 112801 >

