

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Гусев А.В., Горский В.А., Черенков С.П., Мартинш Ч.Т., Гусева Е.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Лапароскопическое лечение осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) является перспективным направлением. В настоящее время в мировой практике идет процесс накопления опыта подобного рода вмешательств, совершенствования методики, сравнительный анализ результатов. В литературе в основном приводятся единичные случаи. Мы описываем собственное наблюдение.

Больная С. 66 лет, история болезни № 761, находилась на лечении в хирургическом отделении городской больницы № 7 г. Иванова с диагнозом: ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК), механическая желтуха. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, артериальная гипертензия 2, Н IIa.

Поступила с жалобами на периодические неинтенсивные боли в верхних отделах живота, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, особенно после еды, желтушное окрашивание кожных покровов. При УЗИ органов брюшной полости выявлено уплотнение, утолщение стенки желчного пузыря, наличие мелких до 2 мм в диаметре конкрементов в желчном пузыре. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура нормальная. Кожа и склеры иктеричны. Живот увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальной симптоматики нет. Моча темная, кал светлый.

Выполнена фибродуоденоскопия (3.04.06) с целью определения возможности выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Заключение:

атрофический гастрит, БСДПК не визуализируется, таким образом, выполнить ЭРХПГ (и возможную ЭПСТ) не удалось.

Билирубин общий при поступлении — 52 мкмоль/л, белок — 74,5 г/л, мочевины — 9,66 ммоль/л, креатинин — 121,9 мкмоль/л, АСТ — 0,12, АЛТ — 0,08, щелочная фосфатаза — 232,4 Е/л, сахар крови — 4,4 ммоль/л. Лейкоцитов — 4,5 Г/л, п/4 с/63 м/7 л/26, СОЭ — 14 мм/ч. Протромбиновый индекс — 75%. В анализе мочи: удельный вес — 1012, реакция — кислая, белок — 0,066 г/л, в осадке: плоские клетки — 1-2 в поле зрения, лейкоциты — 8-10, эритроциты — 10-15-20 в поле зрения. Диастаза мочи — 32 ед. Результат серологического исследования крови на гепатиты В и С — отрицательный.

Наличие ЖКБ, признаков острого калькулезного холецистита с мелкими (до 2 мм) конкрементами в желчном пузыре, механической желтухой, обусловленную миграцией мелких конкрементов в холедох через БСДПК в ДПК, признаками стеноза БСДПК, при отсутствии возможности выполнить ЭРХПГ и ЭПСТ является показанием к оперативному лечению в срочном порядке.

12 марта 2006 г. Операция: лапароскопическая холецистэктомия. Интраоперационная баллонная дилатация пузырного протока и БСДПК. Наружное дренирование через культуру пузырного протока двойным дренажем. Дренирование брюшной полости.

Ход операции. Четыре троакара введены в типичных точках. Обзорная лапароскопия: печень — без особенностей, желчный пузырь лежит свободно, напряжен, размеры пузыря — 6 x 4 x 2 см. Пузырный проток узкий,

Gusev A.V., Gorsky V.A., Cherenkov S.P., Martins C.T., Guseva E.V.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN MECHANICAL JAUNDICE

холедох — около 1,3 см в диаметре. Грубой патологии при обзорной лапароскопии не выявлено.

Дополнительный манипуляционный порт по среднеключичной линии на границе мезогастрия и правой подвздошной области. Выделен пузырный проток, участок около пузыря клипирован, надсечен пузырный проток, прошит держалкой. Проведено его канюлирование и баллонная дилатация. Учитывая дилатацию холедоха, наличие мелких конкрементов и механическую желтуху, решено выполнить антеградную баллонную дилатацию БСДПК, что и сделано. Наружный двойной дренаж через пузырный проток с фиксацией его механическим ручным узлом. Интраоперационная холангиография (№ 2882 от 12.04.06): контрастированы желчные протоки, холедох (расши-

рен в верхней трети до 1,2 см), контраст проходит в ДПК, виден его заброс в вирсунгов проток. Выделена и клипирована пузырная артерия. Желчный пузырь удален субсерозно с коагуляцией ложа. Санация, контроль гемостаза. Дренаж к зоне операции. Ликвидация карбоксиперитонеума. Швы на кожу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная чресфистульная холангиография: контраст свободно поступает в ДПК, дефектов наполнения нет. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Таким образом, впервые в г. Иваново осуществлено лапароскопическое лечение ЖКБ, осложненной механической желтухой, без холедохотомии и ЭПСТ.

Поступила 25.10.2006 г.