



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.366–002–003.7 – 089.819–089.168

УСПЕШНОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНОЙ, РАНЕЕ МНОГОКРАТНО ОПЕРИРОВАННОЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В. В. Иващенко, К. К. Скворцов, А. В. Иващенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

SUCCESSFUL PERFORMANCE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN A WOMAN PATIENT, PREVIOUSLY NUMEROUSLY OPERATED ON ABDOMINAL ORGANS

V. V. Ivashchenko, K. K. Skvortsov, A. V. Ivashchenko

После многих заболеваний и оперативных вмешательств на органах брюшной полости нередко возникает спаечный процесс, который обуславливает нарушения функционирования внутренних органов. Как правило, в основе возникновения спаечного процесса лежат травматические и длительные оперативные вмешательства, инфицирование полости брюшины, повреждение серозного покрова кишечника, иммунные факторы и др. [1].

Опыт использования лапароскопической хирургии, особенно при повторных вмешательствах, свидетельствовал о необходимости точной диагностики висцеро–париетальных спаек. Спаечный процесс после оперативных вмешательств, особенно в верхних отделах брюшной полости, считают одним из относительных противопоказаний к выполнению лапароскопического вмешательства. Для выяснения возможности выполнения оперативного вмешательства у пациентов при предположении о наличии внутрибрюшных сращений после ранее выполненных операций применяют ультразвуковое исследование (УЗИ), и по изменению взаимной смещаемости листков брюшины во время форсированного дыхания судят о наличии спаек [2]. В то же время, наш опыт свидетельствует, что диагностические возможности определения вероятности выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при спаечном процессе с помощью УЗИ нельзя преувеличивать (можно лишь с высокой вероятностью констатировать наличие спаечного процесса), а ранее выполненные операции на органах брюшной полости при достаточном уровне техники выполнения ЛХЭ можно не считать

относительными противопоказаниями при желчнокаменной болезни. В сомнительных ситуациях мы рекомендуем выполнение превентивной лапароскопии [3]. Приводим наблюдение.

Больная З., 37 лет, госпитализирована в клинику общей хирургии 29.11.12 по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита. Предъявляет жалобы на периодически возникающую приступообразную боль в правой подреберной области, иррадиирующую в область правой лопатки, горечь во рту, усиливающуюся после погрешности в диете и физической нагрузки, а также при сгибании туловища вперед. Подобные явления отмечает с 2005 г. В последнее время боль стала более интенсивной, что заставило пациентку обратиться к хирургу.

По данным анамнеза, пациентка перенесла многочисленные оперативные вмешательства в различных лечебных учреждениях Донецка: удаление кисты правого яичника (1996); удаление правого яичника по поводу рецидива кисты (1998); резекция левого яичника по поводу кисты (2002); рассечение спаек по поводу острой спаечной непроходимости кишечника (июль, 2005), осложнение – образование тонкокишечного свища; резекция тонкой кишки, несущей свищ, осложнение – несостоятельность швов тонкокишечного анастомоза (август, 2005); резекция тонкой кишки с несостоятельным анастомозом (сентябрь, 2005), осложнение, образование кишечного свища; резекция тонкой кишки, несущей свищ, наложение илеоцекоанастомоза с временной илеостомой (сентябрь, 2005); зашивание илеостомы (октябрь, 2005).

В 2004 г. родила доношенного ребенка (масса тела 3200 г).

Состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Дыхание везикулярное на всем протяжении, при перкуссии легочный звук. Границы сердца в пределах нормы, АД 108/90 мм рт.ст.

Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, при пальпации несколько болезненный в правой подреберной области, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Перистальтика кишечника определяется на всем протяжении. При осмотре передней брюшной стенки от надчревя до лобка, а также в паховых областях определяются грубые деформированные послеоперационные рубцы со следами заживших на боковых поверхностях брюшной стенки контрапертур (в местах локализации дренажей), следы ранее выполненных операций.

Масса тела больной 50 кг, рост 168 см. По данным УЗИ органов брюшной полости, печень не увеличена, контуры ровные, гладкие, структура однородна. Стенки внутривенных желчных протоков нормальной эхогенности, диаметр их обычный, желчный пузырь размерами 5,5 × 2,1 см, не увеличен, контуры ровные, не деформированы, стенка несколько утолщена. В просвете желчного пузыря конкременты диаметром от 1 до 2 см. Общий желчный проток визуализируется фрагментами, диаметр 0,4 см, видимая часть просвета гомогенна. При форсированном вдохе отмечено ограничение смещаемости листков брюшины в верхних отделах брюшной полости, что косвенно свидетельствует о наличии спаечного процесса.

Гастродуоденофиброскопия — признаки гастрита, дуоденита. Общий анализ крови, мочи, кала на яйца глист, рентгенография грудной клетки, электрокардиография без патологических изменений, содержание глюкозы в крови в пределах нормы. Креатинин крови 76,4 мкмоль/л, мочевины 5,4 моль/л, общий билирубин 14,6 мкмоль/л (прямого нет, непрямого 14,6 мкмоль/л); АСТ 0,13 мккат/л; АЛТ 0,22 мккат/л; амилаза 42,4 мг/(ч × мл), общий белок 81 г/л.

29.11.12 выполнена операция: ЛХЭ с открытым введением первого троакара по Hasson. Обезболивание: эндотрахеальный наркоз с использованием миорелаксантов.

Ввиду предполагаемого массивного спаечного процесса в брюшной полости использовали технику открытого введения первого троакара по Hasson. Стержень троакара имеет коническое расширение, что обеспечивает герметизм при его фиксации в относительно широкой ране. Продольным параумбиликальным разрезом длиной до 4 см вправо от послеоперационного рубца по ходу проекции среднеклю-

точной линии (по данным УЗИ — участок с сохраненной подвижностью листков брюшины) рассечены кожа, подкожная основа, апоневроз. С техническими предосторожностями вскрыта брюшина. Через отверстие в ней в брюшную полость введен троакар, вокруг его гильзы максимально герметично зашит разрез апоневроза так, чтобы он был фиксирован в середине разреза. Длинные концы нитей завязаны с двух сторон через специальные фиксаторы троакара. К патрубку троакара подключена подача газа (давление 12 мм рт. ст.). При введении лапароскопа отмечен выраженный спаечный процесс между диафрагмальной поверхностью печени и диафрагмой. Из-за множества плоскостных спаек определяются лишь дно ненапряженного желчного пузыря, подтянутое к круглой связке печени, и фиксированные к нему большой сальник, двенадцатиперстная и поперечная ободочная кишка. После частичного разделения спаек между печенью и диафрагмой тупым путем под контролем лапароскопа установлен эпигастральный порт. Поэтапно, под визуальным контролем поочередно установлены два троакара диаметром 5 мм, что позволило с определенными техническими трудностями, обусловленными обширным спаечным процессом, повышенной кровоточивостью тканей, успешно осуществить классическую ЛХЭ от шейки желчного пузыря с дренированием брюшной полости.

Течение послеоперационного периода без осложнений. В удовлетворительном состоянии больная выписана для амбулаторного лечения 01.12.12. Швы сняты 07.12.12. Осмотрена через 2 нед, состояние удовлетворительное.

Приведенное наблюдение иллюстрирует, что по мере накопления опыта выполнения лапароскопических вмешательств, совершенствования техники их осуществления, количество противопоказаний к конверсии постоянно уменьшается. Установлены определенные возможности диагностической лапароскопии, позволяющей уменьшить вероятность необоснованного отказа от выполнения лапароскопического вмешательства при обширном спаечном процессе даже после выполнения многочисленных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные методы лечения брюшных грыж / В. В. Грубник, А. А. Лосев, Н. Р. Баязидов, Р. С. Парфентьев. — К.: Здоровья, 2001. — 230 с.
2. Кушнеров А. И. Некоторые вопросы ультразвуковой диагностики спаек брюшной полости / А. И. Кушнеров, Л. Д. Якименко, А. Р. Гуревич // Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны: сб. науч. тр. — М., 1995. — С. 7 — 8.
3. Иващенко В. В. О спаечном процессе после оперативных вмешательств на органах брюшной полости как относительном противопоказании к лапароскопическому вмешательству при желчнокаменной болезни / В. В. Иващенко, К. К. Скворцов, К. К. Скворцов (мл.) // Хірургія України. — 2008. — № 4 (додаток). — С. 144 — 145.