

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ У ХВОРОЇ З ПРИВОДУ "ВЕЛИКОГО" КОНКРЕМЕНТА ЖОВЧНОГО МІХУРА

Ю. Ю. Переста, А. В. Турияница, О. В. Ігнатенко, В. В. Вайда, В. В. Долженко

Ужгородський національний університет, медичний факультет

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN A WOMAN—PATIENT WITH A "BIG" CALCULUS OF A GALLBLADDER

Yu. Yu. Peresta, A. V. Turyanytsya, O. V. Ignatenko, V. V. Vayda, V. V. Dolzhenko

Відеоендоскопічна хірургія жовчнокам'яної хвороби беззаперечно актуальна, лапароскопічну холецистектомію протягом багатьох років вважають "золотим стандартом". У теперішній час конкременти у жовчному міхурі виявляють майже у 10% дорослого населення, частіше — у жінок віком старше 40 років, при цьому частота ускладнених форм калькульозного холециститу стабільно висока [1, 2].

Повідомлення про виконання хірургічного втручання у хворих з приводу наявності конкремента жовчного міхура "великих" розмірів, зокрема, з використанням лапароскопічних технологій поодинокі [2, 3]. Наводимо власне спостереження.

Пацієнтка Б., 65 років, госпіталізована до хірургічного відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака у плановому порядку з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення; цукровий діабет II типу, середньої тяжкості, у стадії субкомпенсації: еритематозна гастродуоденопатія, дуоденогастральний рефлюкс II ступеня.

Хвора скаржилась на тупий біль у правому підребер'ї, нудоту. Протягом 10 років періодично зверталася по медичну допомогу за місцем проживання з приводу приступів болю, які зникали при застосуванні консервативних засобів.

У пацієнтки збільшена маса тіла, алергічні захворювання заперечує. Протягом 18 років перебуває під спостереженням ендокринолога з приводу цукрового діабету II типу, середньої тяжкості, у стадії субкомпенсації. Щороку її госпіталізують у відділення ендокринології за місцем проживання.

Стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Язик чистий, вологий. При аускультатії в легенях дихання везикулярне, хрипів немає, частота дихання 18 за 1 хв. Тони серця чисті, ясні, частота скорочень серця 72 за 1 хв. АТ 16,7/10,7 кПа (125/80 мм рт. ст.).

Живіт звичайної форми, бере активну участь у диханні, при пальпації м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Під час пальцевого дослідження прямої кишки тонус зовнішнього м'яза—замикача відхідника звичайний, ампула прямої кишки заповнена рідким вмістом звичайного забарвлення. За даними ультразвукового дослідження (УЗД), печінка дещо збільшена, однорідна, звичайної ехогенності, судинний малюнок збіднений. Жовчний міхур розмірами 9,5 × 7,5 см, у порожнині візуалізується конкремент діаметром 7,4 см, стінка товщиною 4 — 5 мм, ущільнена, спільна жовчна протока не розширена, діаметром 5 мм. Підшлункова залоза розташована типово, підвищеної ехогенності, не потовщена, грубозерниста. Селезінка без патологічних змін.

Гастродуоденоскопія: еритематозна гастродуоденопатія, дуоденогастральний рефлюкс II ступеня. Аналіз крові: ер. $5,3 \times 10^{12}$ в 1 л, Hb 161 г/л, л. 9,2 — 10^9 в 1 л, ШОЕ 11 мм/год, глюкоза крові 15,3 — 11,0 — 9,0 — 7,6 ммоль/л.

Аналіз сечі: відносна щільність 1,021, рН 5,4, білок відсутній, цукор, білірубін не виявлені; епітелій плоский; лейкоцитів 2 — 6 у полі зору, еритроцити незмінні 0 — 1 у полі зору, оксалати.

Біохімічне дослідження крові: білірубін загальний 11,0 мкмоль/л, АлАТ 15 Ме/л, сечовина 7,7 мкмоль/л, білок 84,9 г/л. Група крові O(I), Rh (+). Спірометрія 88,7%. Консультація ендокринолога: цукровий діабет II типу, середньої тяжкості у стадії субкомпенсації. Консультація кардіолога: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний кардіосклероз, хронічна недостатність кровообігу I стадії. Під загальним знеболенням виконана операція: лапароскопічна холецистектомія, дренажування черевної порожнини.

Через три доступи—проколи вводили троакари та інструменти.

Голку для створення пневмоперитонеуму вводили в пупкової ділянці на відстані 2 см вище пупка праворуч від нього. Робили невеликий (довжиною 12 мм) дугоподібний розріз над пупком, голку м'яким рухом проводили крізь апоневроз. Для накладання пневмоперитонеуму використовували вуглекислий газ. Оптимальним тиском для введення троакара в черевну порожнину вважали 12 — 14 мм рт. ст., що визначали за шкалою манометра інсуфлятора. По досягненні цього тиску голку видаляли і вводили троакар діаметром 12 мм на 2 см вище пупка по білій лінії живота. На відміну від цього безконтрольного введення троакара, всі інші пункції проводили під контролем лапароскопа. У точку правіше середньої лінії нижче мечоподібного відростка у черевну порожнину вводили другий троакар діаметром 10 мм. Для введення троакара діаметром 5 мм використовували третю точку по пригрудничній лінії на 3 см нижче ребрової дуги праворуч. При необхідності, один троакар замінювали другим (більшого або меншого діаметра), використовуючи перехідник — провідник.

Жовчний міхур видалений з спайок різними способами, частіше — шляхом пересічення ножицями і гачком з діатермокоагуляцією або без неї. Затискачем попеременно перебирали жовчний міхур аж до кармана Гартманна, у подальшому його відводили вгору і медіально. Розсікали очеревину підковоподібним розрізом, що дозволило відкрити передню поверхню міхурової протоки та артерії. Їх мобілізували шляхом препарування та пересічення тканин гачком—електродом. Для перев'язування протоки та артерії викори-

стовували титанові скобки — кліпси. На центральний кінець накладали 2 кліпси, на периферійний — одну. Протоку та артерію пересікали ножицями.

Шийку жовчного міхура підтягували зажимом вгору з третьої точки і переміщували медіально для хорошої візуалізації перехідної зони. Сполучнотканинний прошарок пересікали ножицями, гачком з використанням електрокоагуляції, введеним в цій точці.

Мобілізований жовчний міхур вкладали на праву частку печінки у піддіафрагмальне заглиблення, лапароскопом переводили в третю точку ліворуч. Через троакар першої точки проводили металічну штангу—провідник, троакар видаляли. Розріз апоневрозу та шкіри розширювали до 9 см. Після введення у черевну порожнину великого екстракційного троакара провідник видаляли, замість нього вводили зубчастий зажим, яким під контролем лапароскопа захоплювали та фіксували жовчний міхур в ділянці шийки, підтягували, втягували у середину і видаляли разом з екстрактором — троакаром.

ЛІТЕРАТУРА

1. Виконання лапароскопічної холецистектомії у хворі з повним зворотнім розташуванням внутрішніх органів / Ю. Ю. Переста, В. Ю. Ревес, В. В. Долженко, О. М. Кузьма // Клін. хірургія. — 2008. — № 6. — С. 55 — 57.
2. Русин В. І. Гострий холецистит / В. І. Русин, Ю. Ю. Переста, Р. І. Шніцер. — Ужгород, 2001. — 58 с.
3. Лапароскопическая холецистэктомия и послеоперационная реабилитация в санатории "Поляна"(Закарпатская область, Украина) больных острым калькулезным холециститом / Ю. Ю. Переста, Р. И. Шницер, В. Ю. Ревес [и др.] // Сб. тез. 10—го юбил. конгр. по эндоскопической хирургии; под ред. проф. Ю. И. Галлингера. — М., 2006. — С. 48 — 50.

Після видалення жовчного міхура здійснювали контрольну ревізію операційної ділянки: аспірували залишки рідини, проводили лаваж підпечінкового заглиблення, гемостаз ложа жовчного міхура. Через третю точку дренивали підпечінкове заглиблення. На проколи в апоневрозі накладали вузлові шви. Рани шкіри зашивали.

Тривалість оперативного втручання 40 хв.

Макропрепарат: жовчний міхур розмірами 9 × 5 см, стінка потовщена, в порожнині конкремент розмірами 8,5 × 6,5 см. Висновок гістологічного дослідження: жовчний міхур — ознаки хронічного калькульозного холециститу. Післяопераційний діагноз: жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

На 2—гу добу видалено дренажну трубку з підпечінкового заглиблення. На 7—му добу зняті шви, пацієнтка з рекомендаціями виписана для амбулаторного лікування за місцем проживання. Оглянута через 1 міс, скарг немає, працює за фахом.

