

БИЭНДОХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ В РАЙБОЛЬНИЦЕ*ЦРБ г. Котельнич Кировской области*

«Золотой стандарт» в оперативном лечении желчно-каменной болезни - традиционная (открытая) холецистэктомия [4, 10] - в современной медицинской литературе трансформировался в термин «лапароскопический золотой стандарт» [3, 7].

И так же, как в начале освоения хирургии холелитиаза (до «эндохирургической эры»), выяснилось, что удалением только желчного пузыря проблема не решается.

Установленные ранее рамки возможных манипуляций [6] с накоплением опыта постепенно расширяются: преимущества лапароскопических операций и нередкие случаи больных с холедохолитиазом позволяют перейти к работе на желчных протоках [2, 3, 5].

Разделяем мнение ряда авторов, предпочитающих лапароскопические вмешательства на гепатикохоledoхе эндоскопической папиллотомии: сохраняются функции сфинктера Одди, интактен вилсонгов проток, нет рефлюкс-холангита, присущего нарушениям дуоденальной проходимости [1, 5, 8, 9].

Больная А. 25 лет поступила повторно в хирургическое отделение ЦРБ г. Котельнич 09.02.2002 г. (первое поступление 15.12.2001 г., болевой синдром был купирован, ЖКБ подтверждена на УЗИ, от предложенной операции отказалась). Выраженный рецидив боли в правом подреберье, механическая желтуха, фермента тивная токсемия были поводом для назначения инфузионной терапии, анальгетиков и спазмолитиков, антибиотиков с одновременным дообследовани ем. По УЗИ выявлен острый холецистит с холедохолитиазом. Из-за прогрессирующей билирубинемии (до 200 мкмоль/л) 14.02.2002 произведена видеолапароскопия («Stryker», «Auto Suture», «Soni»), при которой определён напряжённый, флегмонозно изменённый желчный пузырь в рыхлом инфильтрате из большого сальника. Шейка пузыря имбибирована желчью, в брюшной полости скудный ихорозный выпот. После введения дополнительных манипуляторов (через два троакара №10 и два № 5) пункционно аспирировано до 40 мл «белой» желчи, блокирующий конкремент из шейки смещён фундально, через разрез на воронке желчного пузыря в пузырный проток введён пластиковый катетер. После эвакуации застойной желчи с хлопьями выполнена рентгенохолангиография (омнипак 50 мл в разведении 1:2): в дистальной части холедоха обнаружен конкремент. Через троакар № 10, установленный по срединно-ключичной линии, в то же отверстие на воронке пузыря введён фиброскоп («Olympus» диаметром 5 мм), подтверждён вколоченный конкремент диаметром до 7 мм в дистальной части холедоха, который захвачен и удалён корзинкой Dormia (для чего частично надсечён холедох по ходу пузырного протока). Произведена ретроверзия эндоскопа в сторону печёчных протоков - других конкрементов не обнаружено, гемобилии нет. Желчный пузырь мобилизован ретроградно с клипированием ветвей пузырной артерии. В культю пузырного протока установлен пластиковый катетер с боковым клипированием. Брюшная полость промыта раствором антибиотика (цефантрал 4 гр). Улавливающие дренажи в подпечёчную и поддиафрагмальную области.

После стабилизации клинического состояния, нормализации лабораторных показателей дренаж из холедоха удалён на 7-е сутки, улавливающие на 8-е сутки, больная выписана на 10-й день от момента операции.

Осмотрена через месяц после операции: состояние удовлетворительное, жалоб нет, лабораторные показатели в норме.

Литература

1. Витебский Я. Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. Челябинск, 1991. - 304 с.
2. Кириакиди С. Ф., Чигирин С. Г. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках. Эндоскопическая хирургия 2-3, 1995; 9-10.
3. Михайлулов С. В., Хоконов М. А., Смирнов А. С., Бутова В. А.... К вопросу о выборе объёма операции при калькулёзном холецистите, осложнённом холедохолитиазом. Эндоскопическая хирургия 2, 2001; 70.
4. Селиверстов Д. В., Пучков К. В., Карлов О. Э., Гаусман Б. Я., Полит Г. Г. Сравнительный анализ непосредственных результатов «открытой» и лапароскопической холецистэктомии. - Эндоскопическая хирургия, 2-3, 1995; 5-8.
5. Феденко В. В., Александров К. Р., Матвеев Н. Л., Евдошенко В. В., Жабловский О. Р. Технические аспекты лапароскопической холедохотомии. - Эндоскопическая хирургия, 2-3, 1995; 11-15.
6. Фёдоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В. Эндоскопическая хирургия. - М.: Медицина, 1998. - 340 с.
7. Шевелёв М. И., Бондарев А. А., Попов К. И. Шестилетний опыт применения лапароскопической холецистэктомии при калькулёзном холецистите. - Эндоскопическая хирургия, 2, 2001; 70.
8. Croce E. Mini invasive treatment of gallbladder and main duct calculi - experience of 83 cases. 4th World Congress of Endoscopic Surgery. Kyoto, Japan Surg Endosc 1994; 8: 470.
9. Jacobs M., Verdeja J. C. Laparoscopic choledocholithotomy. J Laparoendosc Surg 1991; № 1; 79-82.
10. Surgical Laparoscopy. Eds. K. Zucker, R. WiBailey, E.J.Reddick. MP, St.Louis, Missouri, 1991; 359.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Summary

BIENDOCHOLEDOCHOLITHOTOMY IN DISTRICT HOSPITAL

A.B.Ammosov, V.V.Dmitriev Central hospital of Kotelnich, Kirov region

The article presents successful case of the operative treatment of 25 years old woman with cholelithiasis, complicated with phlegmonous cholecystitis and mechanical jaundice. The laparoscopic cholecystectomy and choledocholithotomy were performed in the conditions of the district hospital.