

Вторым этапом с использованием хирургического роботизированного комплекса da Vinci эндоножницами была вскрыта пузырно-маточная складка над расширителем Гегара №26, введенного в неовлагалище (рис. 6А). Далее по передней стенке влагалища выполнен продольный разрез 3 см до проникновения в полость матки и идентификации эндометрия. заменен на №10, проксимальный конец которого помещен в полость матки и над расширителем произведено ушивание передней стенки матки (рис. 6Б). После этого отдельными швами полисорб №3/0 циркулярно купол неовлагалища соединен с нижним сегментом матки. Сформирован маточно-неовлагалищный анастомоз (рис. 7). В полость матки для предупреждения заращения в области анастомоза установлен катетер Фоли №16 на 7 суток.

Типично выполнено удаление эндометрием обоих яичников. Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 7-е сутки (рис. 8). При осмотре спустя 1,5 месяца после операции – длина неовлагалища 10 см (рис. 9). Возникнул регулярный менструальный цикл.

В результате комбинированного хирургического лечения сформировано неовлагалище и маточно-вагинальный анастомоз, после чего у пациентки стали возможными нормальные менструации, половая и репродуктивная функции.

Таким образом, с помощью роботизированной хирургической техники выполнено малоинвазивное лечение редкого порока развития женских половых органов. Операцию брюшинного кольпопоза разработал отечественный гинеколог

С.Н. Давыдов (Ленинград) в 1977 году. В последующем эту операцию усовершенствовали и стали выполнять лапароскопически. В литературе мы не нашли сообщений о выполнении подобных оперативных вмешательств в Европе с помощью роботизированной техники. В настоящее время в нашем Центре выполнено 7 эндовидеохирургических операций по поводу аплазии влагалища, из них 4 – с использованием роботизированных технологий, 3 – с лапароскопической ассистенцией.

Контактная информация

Кира Е.Ф.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70
e-mail: nmhc@mail.ru

МНОГОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Левчук А.Л., Степанюк И.В.

STAGED TREATMENT OF CHOLELITHIASIS COMPLICATIONS

Levchuk A.L., Stepanyuk I.V.

Желчнокаменная болезнь – одно из самых распространенных заболеваний, проблема, которая в наше время приобрела не только медицинское, но и социальное значение. По распространенности она занимает 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

В России число ежегодно выполняемых холецистэктомий превышает 120 тыс.

В мире каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина имеют камни в желчном пузыре и/или желчных протоках.

У 10–15% взрослого населения имеются камни в желчном пузыре, даже если других проявлений болезни нет.

Заболеваемость, как среди мужчин, так и среди женщин постепенно увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60 годам. Однако, наиболее описаны осложнения, связанные с желчнокаменной болезнью (холедохолитиаз, механическая желтуха, гнойно-септические осложнения, перфорация и т.д.).

Приводим наше клиническое наблюдение:

Больная А. 20 лет 19.01.09. была госпитализирована в урологическое отделение НМХЦ им. Н.И. Пирогова с направительным диагнозом острый необструктивный пиелонефрит. В анамнезе в течение полугода повторные эпизоды лихорадочного синдрома и ноющих болей в правой поясничной области.

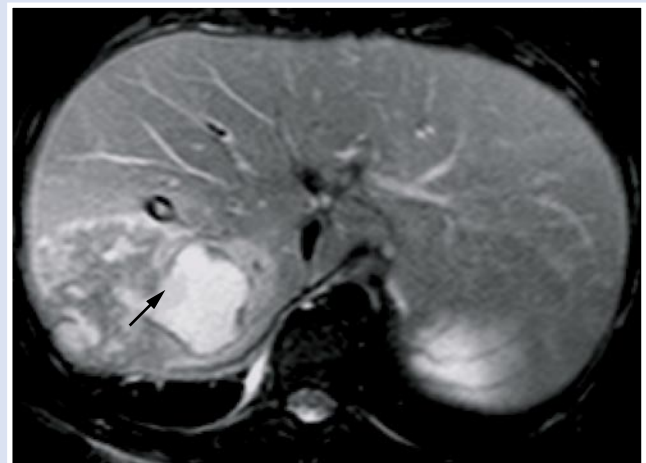
При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание ве-

зичулярное. Р – 88 в 1 мин. АД – 125/80 мм Hg. Живот не вздут мягкий умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Небольшая болезненность в поясничной области справа.

При обследовании: на УЗИ и КТ брюшной полости – выявлена картина желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, холангиогенного многокамерного абсцесса 7–8 сегментов правой доли печени (рис. 1). Данных за очагово-деструктивные изменения в почках нет.

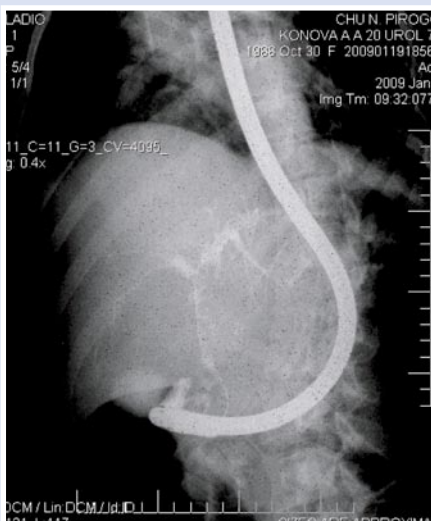
В связи с выявленной патологией больная переведена в клинику гнойно-септической хирургии, где 21.01.09 г. – выполнено вскрытие и дренирование абсцесса печени по Мельникову (рис. 2). Эвакуировано до 100 мл гнойно-желчного содержимого.

Больной проводилась комплексная детоксикационная терапия. С целью декомпрессии желчных протоков, купирования механической желтухи и удаления конкрементов из общего желчного протока 27.01.09 г. выполнена ЭПСТ (Рис. 3), при которой эндоскопически удалить



КТ органов брюшной полости. МРТ органов брюшной полости

Холангиогенный абсцесс печени S 7-8. Полость холангиогенного абсцесса

Рис. 1. Холангиогенный абсцесс печени**Рис. 2.** Вскрытие и дренирование абсцесса печени по Мельникову**Рис. 3.** Конкременты в общем желчном пузыре

конкременты из общего желчного протока, ввиду их крупных размеров и плотной фиксации к стенкам, не получилось.

Учитывая отсутствие эффекта от ЭПСТ после предварительной подготовки 30.01.09 г. выполнена операция в объеме: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитомия, дренирование общего желчного протока по Керу (рис. 4).

В послеоперационном периоде на фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось, отмечена положительная динамика лабораторных показателей. Однако, при контрольном УЗИ

брюшной полости 04.02.09 г. выявлено, что полость абсцесса полностью не дренируется, вследствие чего 04.02.09 г. выполнено дополнительное дренирование внутрипеченочный абсцесса под УЗ наведением (рис. 5). Продолжена плановая терапия.

Учитывая необходимость дополнительного внутреннего дренирования желчных путей 04.03.09 выполнено стентирование общего желчного протока (рис. 6).

После санирования полости абсцесса и нормализации температуры и лабораторных показателей дренажи из

полости абсцесса печени удалены. По дренажу Кера оставался сброс желчи до 600мл в сутки. Дренаж Кера 10.03.09 после тренировки удален. 12.03.09. в удовлетворительном состоянии больная выписана из стационара на дальнейшее амбулаторное лечение (рис. 7).

В настоящий момент пациентка чувствует себя хорошо, диспептические явления не беспокоят, при контрольном обследовании признаков желчной гипертензии не выявлено. Пациентка полностью приступила к трудовой и учебной деятельности.

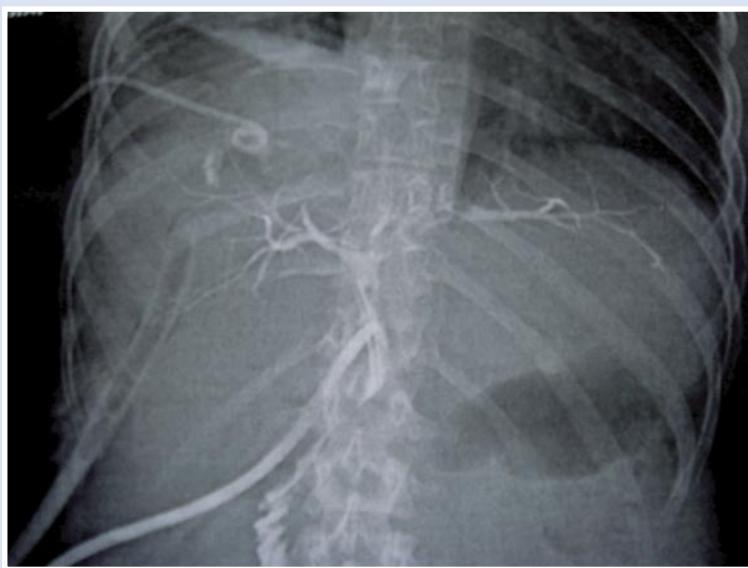
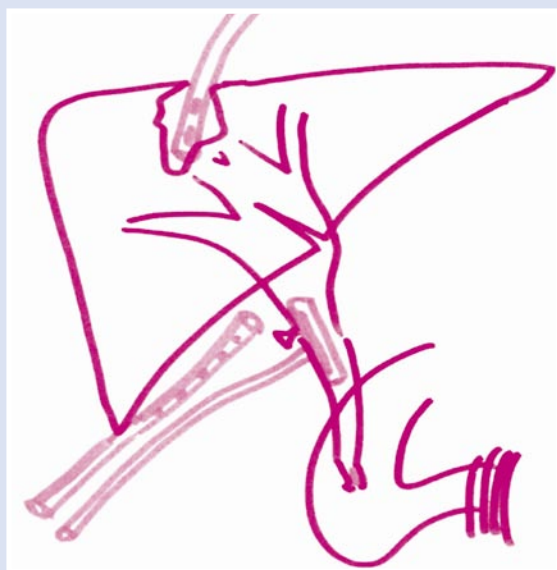


Рис. 4. Дренирование общего желчного протока по Керу



Рис. 5. Полость абсцесса в динамике (слева). Недренируемая полость внутри абсцесса (справа)



Рис. 6. Стент в общем желчном протоке

Заключение

Этот клинический случай показывает, насколько важен многоэтапный подход у данной группы пациентов с последовательным применением «открытых» и миниинвазивных методов лечения, что удалось сделать в многопрофильном, высокоспециализированном стационаре как Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова, с привлечением специалистов различного профиля.



Рис. 7. Стент из общего желчного протока удален 14.08.09

Контактная информация

Левчук А.Л.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70

e-mail: nmhc@mail.ru