

УДК 617-089: 617-5

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

З.Ш. АБАШИДЗЕ¹, Н.Ю. БИТЕЕВ^{1,2}, Д.К. ТОТАЕВА²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Виноградова ДЗМ», Москва

²Российский университет дружбы народов, медицинский институт, кафедра факультетской хирургии, Москва

Резюме: Лапароскопические вмешательства после ранее выполненных открытых операций на органах брюшной полости в наше время не редкость. Однако, лапароскопическая холецистэктомия после пликации нижней полой вены широким косым доступом в правом подреберье встречается не часто. Так как доступ к нижней полой вене выполняется путем мобилизации двенадцатиперстной кишки, что вызывает массивный рубцово-спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки и в правом подпеченочном пространстве.

В данной статье описан клинический случай успешного применения возможностей лапароскопии у пациентки, перенесшей пликацию нижней полой вены по поводу ее тромбоза на фоне приема гормональных препаратов.

Ключевые слова: Лапароскопия, лапароскопическая холецистэктомия, тромбоз нижней полой вены, пликация нижней полой вены, спаечная болезнь брюшной полости.

LAPAROSCOPIC SURGERY CAPABILITIES (CLINICAL CASE)

ABASHIDZE Z.SH.¹, BITEEV N.Y.^{1,2}, TOTAEVA D.K.²

¹State Clinical Hospital named after V. Vinogradov, Moscow

²RUDN University, Moscow

Abstract: Laparoscopic interventions after earlier performed open abdominal operations are becoming more common these days. However, a laparoscopic cholecystectomy after an inferior vena cava plication performed from a wide oblique approach in the right hypochondrium is not frequently found. Since the approach to inferior vena cava is carried out by the mobilisation of the duodenum, it causes a massive adhesive process in the area of hepatoduodenal ligament and in the right subhepatic space.

This article describes a clinical case of a successful application of laparoscopy capabilities in a patient, who had undergone an inferior vena cava plication for its thrombosis associated with hormonal medication.

Key words: Laparoscopy, laparoscopic cholecystectomy, inferior vena cava thrombosis, inferior vena cava plication, adhesive disease of the abdominal cavity.

Введение

Хорошо известно, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости открытым доступом влекут за собой ряд последствий, как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленном. В данном случае речь пойдет о развитии спаечного процесса брюшной полости в отдаленном периоде, что в дальнейшем затрудняет выполнение лапароскопии. В нашем случае ситуацию усугубляло еще то, что лапаротомия ранее была выполнена косым доступом в правом подреберье, с мобилизацией двенадцатиперстной кишки. Все вышеуказанные факторы приводят к массивному рубцово-спаечному процессу в подпеченочном пространстве, что повышает риск интраоперационных осложнений во время лапароскопической холецистэктомии. Однако, лапароскопия имеет неоспоримые

преимущества перед повторной лапаротомией в большинстве случаев, наш не стал исключением.

Описание случая

Представляем вашему вниманию интересный случай пациентки М, 34 лет, которая поступила к нам в клинику после многократных отказов других стационаров. Пациентка с тяжелой судьбой. В 11 лет во время чеченской войны получила огнестрельное ранение грудной клетки с повреждением легкого, грудного позвонка. К сожалению, после ранения пациентка так и не смогла встать на ноги – развилась стойкая нижняя параплегия с нарушением функций тазовых органов.

В 2003 году на фоне мочекаменной болезни развился острый гнойный пиелонефрит справа, что потребовало удаления правой почки.

В 2006 году на фоне приема гормональных препаратов – тромбоз глубокой венозной системы с тромбозом нижней полой вены. Тогда же был установлен кава-фильтр, затем выполнена пликация нижней полой вены широким косым лапаротомным доступом в правом подреберье.

В течение нескольких лет отмечала периодические боли в правом подреберье, при обследовании выявлены камни в желчном пузыре. Так же в течение 2017 года отмечался подъем Д-димера до 1800 нг/мл.

Вот с этой проблемой 29 января 2018 года, после многочисленных отказов в крупных стационарах г. Москвы, пациентка обратилась к нам.

В день поступления пациентка тщательно обследована, осмотрена всеми специалистами: сердечно-сосудистым хирургом, урологом, терапевтом, анестезиологом-реаниматологом.

Результаты обследования при поступлении:

Общий анализ крови: Лейкоциты $9,5 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $5,32 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 154 г/л; гематокрит 47 %; тромбоциты $288 \times 10^9/\text{л}$;

Коагулограмма: АЧТВ 28,4 сек; протромбиновое время: 11,6 сек; МНО: 1,06 МЕ/мл; протромбиновый индекс 93%; фибриноген 3,6 г/л; Д-димеры 409 нг/мл.

Тромбоэластограмма: изокоагуляция.

Биохимический анализ крови: АЛТ 49, Е/л; щелочная фосфатаза 122 Е/л; АСТ 30,5 Е/л; амилаза 74 Е/л; белок 85,1 г/л; прямой билирубин 1,3 мкмоль/л; общий билирубин 6,8 мкмоль/л; креатинин 58 мкмоль/л; глюкоза 5,45 ммоль/л; мочевина 6,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: Мутность – отсутствует; лейкоциты 35-40 в п/зр; эритроциты 3-5 в препарате; цилиндры гиалиновые – не обнаружены; цилиндры зернистые – отсутствуют; цилиндры восковидные – не обнаружены; слизь – отсутствует; Ph мочи 5; относительная плотность 1,02 1; глюкоза отсутствует; белок – отсутствует; цвет – соломенно-желтая.

На рентгенограмме грудной клетки: легочный рисунок не изменен. Корни расширены, структурны. Синусы свободны. Контур диафрагмы ровный, четкий. Тень средостения занимает срединное положение, не расширена. Сердце расширено в поперечнике, талия сглажена, аорта в пределах возрастной нормы.

ЭКГ: ритм правильный, синусовый.

Рентгенография брюшной полости: на обзорном снимке ОБП свободного газа в брюшной полости, уровней жидкости в петлях кишечника не выявлено.

Эзофагогастродуоденоскопия: поверхностный гастрит.

УЗИ органов брюшной полости: эхо-признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, холецистолитиаза, холестероза стенок желчного пузыря. Конкремент нижней чашки единственной левой почки. Незначительная викарная гипертрофия левой почки.

Ультразвуковое ангиосканирование с доплерографией и цветовым картированием кровотока периферических вен нижних конечностей и нижней полой вены: эхо-признаки посттромботических изменений в глубоких венах нижних

конечностей. Хорошая и средняя степень реканализации илиокавального сегмента справа. Средняя реканализация кава-фильтра. Хроническая окклюзия подвздошных вен слева.

Ультразвуковое исследование сердца (эхокардиография): уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Гипертрофия левого желудочка. Полости сердца не расширены. Сократительная способность ЛЖ удовлетворительная. Недостаточность митрального клапана 0-1 ст. Недостаточность трикуспидального клапана 1-2 ст.

Необходимо отметить, что пациентка с морбидным ожирением, ИМТ- 41, иммобилизованная.

На основании результатов инструментальных и лабораторных исследований консилиумом врачей принято решение о проведении оперативного вмешательства.

Под ЭТН выполнен разрез кожи, подкожной клетчатки над пупком. Введена игла Вереща. Наложена пневмоперитонеум до 10 мм рт. ст. Троякары введены по принятой в клинике методике. Патологии желудка, кишечника, органов малого таза не выявлено. В подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс между большим сальником, печенью, желудком и передней брюшной стенкой (после ранее перенесенной пликации НПВ). Спайки рассечены в режиме коагуляции и резания. Желчный пузырь не напряжен, размеры 10 x 6 x 4 см, сероза блестящая, стенка до 2мм, плотная. В просвете желчного пузыря множественные конкременты – до 10 мм. Желчный пузырь выделен по правой и левой стенкам, артерия выделена, коагулирована на протяжении, пересечена у стенки желчного пузыря. В области шейки отмечается фиброз с деформацией пузырного протока. Задняя стенка шейки желчного пузыря подтянута к гепатикохоледоху рубцовым процессом. Пузырный проток выделен, диаметром до 4 мм, клипирован: на остающуюся часть – 2 клипсы, на уходящую – одна. Желчный пузырь отделен от ложа в режиме коагуляции и удален через пупочный порт. Отмечается выраженный плотный фиброз тканей ложа желчного пузыря. Контроль гемостаза – сухо. Пневмоперитонеум снят. Апоневроз ушит. Йод. Асептические наклейки.

Проводилась интраоперационная антибиотикопрофилактика: цефтриаксон 1,0 в/в однократно.

В послеоперационном периоде пациентка получала консервативную терапию, включающую: симптоматическую терапию: кеторолак 1,0 x 3 р/д; антисекреторную терапию: омепразол 20 мг x 2 р/д; уросептики: фуразидин 100 мг x 3 р/д.

Учитывая данные УЗАС, высокий риск тромбоэмболических осложнений, согласно рекомендациям сосудистого хирурга, проводилась антикоагулянтная терапия в пред- и послеоперационном периоде:

клексан 0,4 п/к за 12 часов до операции, затем через 12 часов после операции клексан 0,8 п/к, далее клексан 0,4 п/к 1 р/д в последующем послеоперационном периоде в течение 3 дней. Также проводилась эластическая компрессия нижних конечностей, ежедневные перевязки с антисептиком послеоперационных троакарных ран.

Обследование в послеоперационном периоде:

УЗИ органов брюшной полости: состояние после лапароскопической холецистэктомии. Свободной или отграниченной жидкости в брюшной полости не выявлено.

УЗАС вен нижних конечностей: эхо-признаков рецидива венозного тромбоза не выявлено, Эхо-признаки посттромботических изменений в глубоких венах нижних конечностей. Хорошая и средняя степень реканализации илиокавального сегмента справа. Средняя реканализация кава-фильтра. Хроническая окклюзия подвздошный вен слева.

Контроль лабораторных анализов в послеоперационном периоде:

Общий анализ крови: лейкоциты $7,7 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $4,54 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 135 г/л; гематокрит 39,2 %; тромбоциты $260 \times 10^9/\text{л}$

Коагулограмма: АЧТВ 30,2 сек; протромбиновое время 12,8 сек; МНО 1,17 МЕ/мл; протромбиновый индекс 82%; Д-димеры 345 нг/мл

Биохимический анализ крови: АЛТ 39,8 Е/л; щелочная фосфатаза 83 Е/л; АСТ 28,3 Е/л; белок 64,7 г/л; прямой билирубин 1 мкмоль/л; общий билирубин 7,7 мкмоль/л; креатинин 64 мкмоль/л; мочевины 4 ммоль/л; амилаза 56 Е/л

Клинико-лабораторные данные свидетельствуют о гладком течении послеоперационного периода. Пациентка находилась под динамическим наблюдением врачей и персонала отделения. Выписана на 3 сутки после операции в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап долечивания.

Заключение

Таким образом, ранее перенесенные открытые оперативные вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, в том числе в области планируемого оперативного вмешательства, не являются абсолютным противопоказанием к выполнению лапароскопической операции. Более того, в ряде случаев последние предпочтительнее, так как менее травматичны, способствуют ранней реабилитации пациента.

Сведения об авторах

Абашидзе Звиади Шамилович – к.м.н., заведующий хирургическим отделением ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ», Москва

Тел. +7 (903) 508-08-07

E-mail: azsh69@mail.ru

Битеев Николай Юрьевич – врач хирургического отделения ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ», ассистент кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва

E-mail: nikolai_biteev@mail.ru

Тотаева Дана Казбековна – аспирант кафедры факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва,

E-mail: totaeva.dana@mail.ru

Information about the authors

Abashidze Zviadi Shamilovich – Ph.D., M.D., Head of Surgical department of State Clinical Hospital named after V. Vinogradov, Moscow
Phone +7 (903) 508-08-07,

E-mail: azsh69@mail.ru

Biteev Nikolay Yurievich – Doctor of Surgical department of State Clinical Hospital named after V. Vinogradov, Moscow; Assistant of the Faculty surgery department of RUDN University, Moscow

E-mail: nikolai_biteev@mail.ru

Totaeva Dana Kazbekovna – Ph.D. student of the Faculty surgery department of RUDN University, Moscow

E-mail: totaeva.dana@mail.ru