

11. Оболенский С.В., Малахова М.Я., Ершов А.И. Диагностика стадий эндогенной интоксикации и дифференцированное применение методов эфферентной терапии // Вестн. хирургии. — 1991. № 3. — с.95-104

12. Полевая О.Ю. з співавт., 1993; Гамалия Н.Б., 1994, 1995; Климова С.Н. з співавт., 1994 і ін.

13. Стрелец Н.В., Деревлев Н.Н. Применение плазмафереза в наркологии // В сб.: Сорбционные, электрохимические и гравитационные методы в современной медицине. — М., 1999. — С. 103.

14. Siami G.A., Siami FS. Мембранный плазмаферез в Сполучених Штатах: огляд за останні 20 років. Ther Apher. 2001 5 серпня (4): 315-20. [Medline]]

Резюме. *Использование плазмофереза и гемосорбции у пациентов наркологического профиля является патогенетически обоснованным и клинически перспективным.*

Ключевые слова: *плазмаферез, гемосорбция, абстинентный синдром.*

Summary. *Using plasmoferesis and hemosorption in narcological patients is pathogenetically substantiated and clinically promising.*

Keywords: *plasmapheresis, hemosorbtion, withdrawal symptoms.*

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1-089.85-035-037

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А. Юлдашев

Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ»

Резюме. *Целью работы явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии. В нашем исследовании конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий. Наиболее распространены при конверсии доступами к органам билиарной системы являются косой доступ по Кохеру и верхне-срединный доступ. Выбор доступа для осуществления конверсии зависит от причины конверсии.*

Ключевые слова: *лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, лапаротомия.*

Введение. Несмотря на то, что лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни, в

некоторых случаях приходится прибегать к лапаротомии (конверсии). Частота переходов (конверсии), по данным литературы составляет 1,5-12,2%, в среднем 5,1% [1,4,6,7]. На сегодняшний день нет абсолютных критериев, четко указывающих на необходимость отказа от применения лапароскопии как диагностического метода определения возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим путем [2,3,5].

Целью исследования явилось обоснование выбора доступа при выполнении конверсии при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы. Конверсия была выполнена в 34 случаях из 1153 (2,95%) лапароскопических холецистэктомий: при выполнении ЛХЭ по поводу хронического холецистита в 17ти случаях из 996 (1,7%), по поводу острого холецистита в 17ти из 157 (10,8%).

При возникновении ситуаций и осложнений, приводящих к конверсии, применяли следующие способы лапаротомии: косой доступ по Кохеру, верхне-срединный доступ и минилапаротомный доступ. Считаем целесообразным применять минилапаротомию в случаях, когда обработаны элементы треугольника Кало и нет тяжелых осложнений (профузное кровотечение, повреждение холедоха).

Конверсия с помощью доступа по Кохеру выполнена в 18 (52,94 %) случаях, верхне-срединная лапаротомия – в 5 (14,7 %) случаях, минилапаротомный – в 11 (32,35 %) случаях.

Результаты и их обсуждение. Минилапаротомный доступ выполняли в правом подреберье с помощью вертикального разреза длиной 4–6 см по краю прямой мышцы живота, отступя от края реберной дуги 0,5–1,0 см. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и передней стенки влагалища прямой мышцы у ее латерального края, волокна прямой мышцы отводились медиально, обнажая заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. После рассечения задней стенки влагалища прямой мышцы живота с фиксированной к ней париетальной брюшиной лапаротомный доступ проекционно был ориентирован на область гепатодуоденальной связки.

Так как этот доступ проекционно ориентирован больше на тело желчного пузыря, нежели на его шейку, то считали целесообразным применять его в ситуациях, когда были обработаны элементы треугольника Кало. В таких ситуациях ограниченное манипулирование из минилапаротомного доступа не препятствовало продолжению операции.

Во всех 3 (8,82 %) случаях кровотечения из ложа желчного пузыря выполнена конверсия с помощью минилапаротомного доступа. В этих случаях сама холецистэктомия была, фактически, выполнена лапароскопически, поэтому минимального лапаротомного доступа было достаточно для окончательного гемостаза и извлечения желчного пузыря.

При тяжелом интенсивном кровотечении – повреждении воротной вены для экстренного доступа в брюшную полость, конверсия осуществлена срединным доступом в 1 (2,94 %) случае. При кровотечении из пузырной артерии в 2 (5,88 %) случаях конверсия была выполнена косым доступом.

В 4 (11,76 %) случаях выраженных воспалительных изменений в области операции и в 2 (5,88 %) случаях рубцово-склеротических изменений этой зоны, когда после клипирования пузырного протока и артерии возникли технические трудности в выделении желчного пузыря, выполнена конверсия минилапаротомным доступом. В 7 (20,59 %) случаях, когда воспалительные или рубцовые изменения не позволили обработать элементы треугольника Кало, выполнена конверсия доступом Кохера.

При повреждении холедоха в 3 (8,82 %) случаях осуществлен доступ Кохера для ушивания и его наружного дренирования, в одном (2,94 %) – срединный доступ для выполнения реконструктивной операции. При подозрении на холедохолитиаз во всех 5 (11,76 %) случаях и при необходимости дренирования холедоха при остром панкреатите в 1 (2,94 %) случае, выполнена конверсия косым доступом Кохера.

Такие причины конверсии, как повреждение тонкой кишки, разрыв контейнера с выпадением камней, новообразование ободочной кишки требовали выполнения срединного доступа так, как из косого доступа эти осложнения устранить не представлялось возможным.

После коррекции кардио-респираторных нарушений как причины компартмент-синдрома, приведшего к конверсии в 2 (5,88 %) случаях, последнюю осуществляли минилапаротомным доступом (пузырный проток и артерия к моменту конверсии уже были обработаны).

Среди развившихся после конверсии послеоперационных осложнений, напрямую связанным со способом конверсии было нагноение операционной раны. Нагноение операционной раны косого доступа в правом подреберье отмечено в 2 (5,88 %) случаях – после конверсий, связанных с необходимостью ревизии и дренирования холедоха на почве холедохолитиаза.

Нагноения срединной лапаротомной раны не было, однако существенным недостатком этого доступа является большая, чем при косом доступе, вероятность образования в послеоперационном периоде грыжевого дефекта. Так, в отдаленном послеоперационном периоде мы наблюдали образование послеоперационной вентральной грыжи у 1 (2,94 %) пациента после срединного доступа в течении ближайших двух лет после операции.

После использования минилапаротомного доступа наблюдали 1 (2,94 %) осложнение – формирование абсцесса подпеченочного пространства вследствие неадекватного дренирования подпеченочного пространства в ходе холецистэктомии.

Нижнедолевая пневмония развилась в 2 (5,88 %) случаях после разных видов традиционной лапаротомии. По поводу кровотечения из ложа желчного пузыря в раннем послеоперационном периоде в 1 (2,94 %) случае выполнена релапаротомия после конверсии в соответствии с имеющейся раной – доступом Кохера.

Летальных исходов после конверсии в ближайшем послеоперационном периоде не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода после всех традиционных доступов составила $8,6 \pm 1,6$ койко-дня. При этом, сроки послеоперационного лечения пациентов после верхне-срединной лапаротомии и после доступа по Кохеру были равнозначными: $8,7 \pm 0,5$ койко-дня и $8,3 \pm 1,4$ койко-дня ($p > 0,05$), соответственно. Средняя продолжительность послеоперационного периода при минилапаротомном доступе составила $4,7 \pm 0,4$ койко-дня (достоверно меньше, чем при традиционных доступах, $p < 0,05$).

Выводы

Сравнительный анализ результатов применения различных доступов при конверсии позволяет говорить о преимуществе перед традиционной лапаротомией минилапаротомного доступа (меньше частота послеоперационных осложнений – 26,09 % и 9,09 %, короче сроки послеоперационного лечения – $8,6 \pm 1,6$ и $4,7 \pm 0,4$ койко-дня соответственно), однако использование каждого из доступов было обусловлено объективной необходимостью.

Таким образом, выбор способа выполнения конверсии зависит от конкретной ситуации: вида патологического процесса, тяжести развившегося осложнения, планируемого объёма продолжения операции, степени выполнения (завершенности) лапароскопической операции на момент принятия решения о конверсии.

Литература

1. Алиев Ю. Г. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия. – 2013. – № 3. – С. 95–97.
2. Критерії вибору способу виконання холецистектомії / С. Є. Подпратов, В. Д. Куліков, М. А. Косяк [та ін.] // Практична медицина. – 2010. – Т. 16. – № 4. – С. 104–108.
3. Рабаданова С. Р. Клинико-функциональная оценка травматичности традиционных, лапароскопического и минилапаротомного доступов при холецистэктомии : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / С. Р. Рабаданова. – Махачкала, 2007. – 120 с.
4. Холецистэктомия из малотравматичных доступов в лечении острого холецистита / А. И. Черепанин [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – М., 2010. – № 12. – С. 31–37.

5. Ballal M. Conversion after laparoscopic cholecystectomy in England / Ballal M., David G., Willmott S. [et al.] // Surg Endosc. – 2009. – № 23. – P. 2338–2344.

6. Ercan M. Predictive factors for conversion to open surgery in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy / M. Ercan, E.B. Bostanci, Z. Teke, K. Karaman, T. Dalgic, M. Ulas [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. – 2010. – № 20. – P. 427–434.

7. Le V.H. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in the current era of laparoscopic surgery / V. H. Le, D. E. Smith, B. L. Johnson // Am Surg. – 2012. – Vol. 78, № 12. – P. 1392–5.

Резюме. Метою роботи стало обґрунтування вибору доступу при виконанні конверсії при лапароскопічній холецистектомії. У нашому дослідженні конверсія була виконана у 34 випадках із 1153 (2,95%) лапароскопічних холецистектомій. Найбільш поширеними при конверсії доступами до органів біліарної системи є косий доступ за Кохером і верхньо-серединний доступ. Вибір доступу для здійснення конверсії залежить від причини переходу.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, конверсія, лапаротомія.

Summery. The aim of work was the rationale for the choice of access in the exercise of conversion during laparoscopic cholecystectomy. In our study, conversion was performed in 34 cases from 1153 (2.95%) laparoscopic cholecystectomy. Most common in the conversion of access to biliary system are oblique access Kocher and upper-middle access. The choice of access to carry out the conversion depends on the reasons for conversion.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, conversion, laparotomy.