

УДК 616.366-003.7-089.819-072.1-72

© В.О. СИПЛИВИЙ, Г.Д. ПЕТРЕНКО, О.О. БРЕК, О.Г. ПЕТЮНІН, А.Г. ГУЗЬ, О.П. БРЕК, М.А. СЕЛЕЗНЬОВ

Харківський національний медичний університет

Застосування малоінвазивних технологій при оперативному лікуванні хворих на гострий калькульозний холецистит, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини

V.O. SYPLYVYI, H.D. PETRENKO, O.O. BRECK, O.H. PETIUNIN, A.H. HOOZ, O.P. BRECK, M.A. SELEZNOV

Kharkiv National Medical University

MINIINVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS, PREVIOUSLY OPERATED ON ORGANS OF UPPER PART OF A PERITONEAL CAVITY

Представлено досвід застосування лапароскопічної холецистектомії і холецистектомії із міні-доступу (міні-розрізу) в правому підребер'ї при оперативному лікуванні гострого калькульозного холециститу в 57 пацієнтів, які раніше оперувалися на органах верхнього поверху черевної порожнини. Обґрунтовано переваги виконання холецистектомії із міні-розрізу в правому підребер'ї у пацієнтів, які страждають від злукової хвороби. Лапароскопічна холецистектомія може виконуватися тільки в обмеженого контингенту цих хворих висококваліфікованим хірургом.

An experience of laparoscopic cholecystectomy and miniaccess (miniincision) in a right epigastrium surgical treatment of acute cholecystitis in 57 patients, previously operated on organs of upper part of a peritoneal cavity is delivered. The advantages of cholecystectomy using miniincision in a right epigastrium in this category of patients are substantiated. Laparoscopic cholecystectomy can be done in limited group of patients by highly qualified surgeon.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. В останнє десятиріччя для хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу широко застосовуються малоінвазивні технології: лапароскопічна холецистектомія і холецистектомія із міні-розрізу в правому підребер'ї.

Лапароскопічна холецистектомія стала “золотим стандартом” оперативного лікування цієї категорії пацієнтів. Проте більшість хірургів [1, 2, 3, 4] вважає, що раніше перенесені оперативні втручання на органах верхнього поверху черевної порожнини є протипоказанням для лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі.

Тому ми вирішили об'єктивно оцінити можливості застосування лапароскопічної холецистектомії і холецистектомії із міні-доступу в правому підребер'ї при оперативному лікуванні гострого калькульозного холециститу у пацієнтів, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини.

Мета роботи: об'єктивна оцінка можливості застосування лапароскопічної холецистектомії і холецистектомії із міні-доступу в правому підребер'ї

у хворих на гострий калькульозний холецистит, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини, для поліпшення реабілітаційних показників у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи. За останні 5 років у клініці загальної хірургії Харківського національного медичного університету на базі хірургічних відділень 18 міської багатопрофільної лікарні і 17 міської клінічної багатопрофільної лікарні м. Харкова із застосуванням лапароскопічної холецистектомії із міні-доступу в правому підребер'ї оперовано 57 пацієнтів із гострим холециститом, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини.

Із них лапароскопічна холецистектомія була виконана у 18 (31,6 %) хворих, а холецистектомія через міні-доступ у правому підребер'ї – в 39 (68,4 %). Серед них жінок було 48 (84,2 %), чоловіків – 9 (15,8 %). Вік пацієнтів становив від 24 до 65 років. Раніше перенесені операції були зумовлені такою патологією: перфоративна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки – 28 (49,1 %) пацієнтів; виразкова

хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнена гострою шлунково-кишковою кровотечею, – 4 (7 %) хворих, закрита травма живота з пошкодженням внутрішніх органів – 17 (29,8 %) пацієнтів, проникаюче ножове поранення живота з пошкодженням внутрішніх органів – 5 (8,8 %) хворих, гострий панкреатит – 3 (5,3 %) пацієнти.

Терміни оперативних втручань варіювали в межах 3–20 років до госпіталізації в клініку з приводу гострого калькульозного холециститу. Лапароскопічна холецистектомія в пацієнтів, раніше оперованих на органах черевної порожнини, має свої особливості. Так, перший троакар у черевну порожнину ми встановлювали відкритим методом за методикою Хасан. Накладали карбоксиперитонеум і виконували відеолапароскопічну діагностику. При цьому визначали поширеність злукового процесу. У 3 пацієнтів через виражений злуковий процес ми перейшли на підреберний доступ, а в 2 – на серединну лапаротомію. У 13 пацієнтів після розтину злукового процесу була виконана лапароскопічна холецистектомія.

Міні-розріз у правому підребер'ї проводили паралельно реберній дузі в ділянці проекції жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки. У 6 пацієнтів із деструктивними формами холециститу розріз розширили. У 3 із них через набряк та грубі порушення анатомічних структур у ділянці трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки візуалізувати міхурову протоку було неможливо. У цих пацієнтів розсічено нижню стінку жовчного міхура до шийки, виділено та перев'язано міхурову протоку й артерію. Підпечінковий простір дренивали перфорованим трубчастим дренажем із подальшою активною аспірацією.

Результати досліджень та їх обговорення. Порівняльний аналіз застосування малоінвазивних

технологій при гострому холециститі у пацієнтів, яких раніше оперували на органах верхнього поверху черевної порожнини, свідчить про те, що до операції важко оцінити поширення злукового процесу у верхньому поверсі черевної порожнини. При відеолапароскопічній діагностиці хірург отримує необхідну інформацію, але не завжди в повному обсязі. Наш досвід свідчить про те, що коли роз'єднання злукового процесу займає більше 20 хв, необхідно перейти на підреберний доступ або серединну лапаротомію.

При підреберному доступі немає необхідності в роз'єднанні злукового процесу в верхньому поверсі черевної порожнини. При цьому є можливість розширити міні-розріз до необхідних розмірів. Особливо це важливо в пацієнтів із деструктивними формами гострого холециститу.

Перебіг післяопераційного періоду в пацієнтів, яким виконана холецистектомія з підреберного доступу, майже не відрізнявся від пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії. Середній ліжко-день склав 5-7 діб. Летальних результатів не було.

Висновки. 1. Для оперативного лікування пацієнтів із гострим калькульозним холециститом, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини, може застосовуватися лапароскопічна холецистектомія та холецистектомія із міні-розрізу в правому підребер'ї.

2. Лапароскопічна холецистектомія в пацієнтів із гострим холециститом, раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини, повинна виконуватися тільки висококваліфікованим хірургом.

3. Міні-розріз у правому підребер'ї є оптимальним доступом для виконання холецистектомії в пацієнтів, які страждають від злукової хвороби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Запорожченко Б.С. Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической хирургии острого холецистита / Б.С. Запорожченко, И.Е. Бородаев, А.О. Велюра // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2004. – № 3. – С. 181-182.
2. Каштальян М.А. Одномоментные симультанные хирургические операции с применением лапароскопической техники при остром холецистите / М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко, В.Ю. Шаповалов, М.М. Каштальян // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 27–28.

3. Лупальцов В.И. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях по поводу острого холецистита / В.И. Лупальцов, С.С. Мирошниченко // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 30–31.
4. Zacks S.L. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy / S.L. Zacks, R.S. Sandier, R. Rutlege, R.S. Brown // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97. – № 2. – P. 334–340.

Отримано 11.08.10