

## СПОСОБЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С УМЕНЬШЕННЫМ ЧИСЛОМ РАЗРЕЗОВ

**МАНСУР КАМИЛЬЕВИЧ ЯГУДИН**, канд. мед. наук, врач-хирург ГАУЗ «Альметьевская центральная районная больница» Минздрава РТ, Альметьевск, Россия, тел. 8-937-294-38-13, e-mail: mansur\_jagudin@mail.ru

**РУСЛАН ФИРДУСОВИЧ ГУБАЕВ**, врач-хирург, зав. отделением хирургии № 1 ГКБ № 7 г. Казани, тел. 8-919-642-98-07, e-mail: gubaevrus@mail.ru

**Реферат.** Цель исследования — охарактеризовать возможность и целесообразность выполнения лапароскопической холецистэктомии с уменьшением количества доступов. *Материал и методы.* В основной группе было 100 больных, у которых выполнялась лапароскопическая холецистэктомия с уменьшенным числом доступов. При лечении 50 больных с хроническим калькулезным холециститом нами применен метод холецистэктомии из трех проколов: одного 10 мм и двух 5 мм. У других 50 больных использовали метод лапароскопической холецистэктомии из двух доступов, но с использованием трех троакаров. В контрольной группе было 300 больных, у которых применяли традиционный вариант операции. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что модификации операции могут быть с успехом применены в условиях общехирургического стационара без дополнительных материальных затрат. По нашему мнению, методы лапароскопической холецистэктомии с уменьшенным числом проколов могут быть успешно применены у больных хроническим калькулезным холециститом нормостенического и гиперстенического телосложения, при отсутствии выраженного рубцово-спаечного перипроцесса. *Заключение.* Целесообразно рекомендовать предложенные варианты лапароскопической холецистэктомии для внедрения в хирургическую практику.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, доступ, калькулезный холецистит.

## «FEWER-PORT» MODIFICATIONS OF THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR THE TREATMENT OF CHRONIC CHOLECYSTITIS

**MANSUR K. YAGUDIN**, Ph.D., the Department of surgery at Almetievsk Central District Hospital, MOH of Tatarstan, Russia, tel. 8-937-294-38-13, e-mail: mansur\_jagudin@mail.ru

**RUSLAN F. GUBAEV**, the Department of surgery of Municipal Hospital №7 of Kazan, Russia, tel. 8-919-642-98-07, e-mail: gubaevrus@mail.ru

**Abstract.** The purpose of this article was to report an extremely rare case of post-traumatic intrapericardial diaphragmatic herniation of the transverse colon complicated by strangulation directly at the pericardial defect and perforation in left pleural cavity. *Material and Methods.* We report a case of a 42-year-old male patient presenting post-traumatic pericardial diaphragmatic hernia with transverse colon strangulation and perforation diagnosed intraoperatively after being operated on in the emergency setting for acute abdomen and chest pain. *Results and Discussion.* Celiotomy and thoracotomy were employed. The gangrenous bowel was resected and colostomy was performed. The patient made an uneventful recovery and was discharged in satisfactory condition in 15 days postoperatively. The patient undergoing reversal colostomy at 3 months after the primary procedure and did not have any recurrences. *Conclusion.* Chronic post-traumatic colonic herniation through the diaphragmatic defect into the pericardial sac is an extremely rare entity. Only 96 cases have been reported in the world literature until now. This case appears to be the first report of pericardial herniation demonstrating that colon may be strangulated directly at the pericardial defect.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, trocar port incisions, postoperative complications.

Современной тенденцией эндоскопической хирургии является выполнение операции с уменьшением числа используемых троакаров или операций через единый лапароскопический доступ. В доступной нам отечественной литературе описано несколько методов лапароскопической холецистэктомии из трех или двух проколов. Мы несколько изменили один из ранее предложенных методов (Голобов Ю.Н. и др., 1998; Орехов Г.И., 2009) и делимся первыми результатами его использования в нашей практике. *Цель* — внедрение лапароскопической холецистэктомии из трех или двух разрезов.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 100 больных (основная группа), которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия с

применением меньшего числа разрезов по сравнению с классической операцией. При лечении 50 больных с хроническим калькулезным холециститом нами применен метод холецистэктомии из трех проколов: одного 10 мм и двух 5 мм. После создания карбоксиперитонеума через иглу Вереша путем трансумбиликального разреза в брюшную полость устанавливается 10 мм троакар. Через вставку-переходник вводится 5 мм видеолапароскоп и выполняется осмотр брюшной полости. Два 5 мм троакара устанавливаются субкисфоидално и в правом подреберье по среднеключичной линии соответственно. Через третий троакар вводится граспер, которым осуществляется тракция желчного пузыря за карман Гартмана в краниальном направлении. Через второй троакар

устанавливаются L-образный электрод, ножницы или диссектор, которыми осуществляется выделение пузырного протока и артерии. После формирования «хобота слона» лапароскоп перемещается во второй троакар, а через умбиликальный троакар вводится 10 мм клипатор. Поэтапно клипируются пузырный проток и артерия, после чего лапароскоп перемещается в первый троакар. Ножницами, введенными через второй троакар, пересекают пузырный проток и артерию. Желчный пузырь выделяется из ложа с помощью крючка и ножниц в режиме монополярной коагуляции. У первых 20 больных, оперированных по данной модификации, применяли дренирование брюшной полости. В дальнейшем от дренирования брюшной полости отказались. Желчный пузырь удаляем через умбиликальный доступ под контролем лапароскопа. Рану в апоневрозе ушиваем нерасщепляющимся шовным материалом под контролем лапароскопа, введенного через второй троакар. Накладываем узловое швы на кожу в местах проколов и в пупочном кольце.

У 50 больных применили метод лапароскопической холецистэктомии из двух доступов, но с использованием трех троакаров. Первый 10 мм троакар вводится трансумбиликально. Через вставку-переходник вводится 5 мм видеолапароскоп и выполняется осмотр брюшной полости. Затем устанавливали 5 мм троакар субкисфоидально. Через него вводили 5 мм видеокамеру и под контролем зрения устанавливали третий 5 мм троакар через умбиликальный доступ параллельно первому троакару. Через третий троакар проводился граспер, которым осуществлялась тракция желчного пузыря за карман Гартмана в краниальном направлении. Через второй троакар вводился L-образный электрод, ножницы или диссектор, которыми осуществлялось выделение пузырного протока и артерии. В дальнейшем операция выполнялась так же, как и при трехпрокольной методике. В ряде случаев вместо 10 мм клипатора использовали 5 мм клипатор, который вводили через субкисфоидальный доступ. При таком варианте операции дренирование брюшной полости не выполняли. Для интраоперационной холангиографии в четырех случаях для канюляции культи пузырного протока использовали мочеточниковый катетер, который вводили через просвет иглы Вереша. Пункцию иглой осуществляли в правом подреберье через надсечку кожи до 1 мм. Дренаж фиксировали петлей Редера к культе пузырного протока.

Контрольную группу составили 300 больных, которые были оперированы в клинике с использованием классической четырехпрокольной методики. У больных обеих групп изучали длительность выполнения операции, летальность и структуру осложнений, длительность нахождения в стационаре, косметический эффект

**Результаты и их обсуждение.** В обеих группах конверсий не было. Ятрогенных повреждений не было. Послеоперационный период протекал гладко, дренаж удаляли на следующий день. Больных активировали через 6 ч после операции. Прием жидкости разрешали вечером в день операции. На следующий день все самостоятельно могли

передвигаться в пределах стационара. Выписка из стационара зависела от необходимости соблюдения медико-социальных стандартов, а не от реальной потребности нахождения в стационаре. Изучаемые показатели представлены в виде *таблицы*.

| Изучаемый параметр               | Основная группа | Контрольная группа |
|----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Длительность операции, мин       | 60 (35—120)     | 40 (22—140)        |
| Летальность, %                   | 0               | 0                  |
| Нагноение раны                   | 2/100           | 5/300              |
| Пневмония                        | 1/100           | 5/300              |
| Длительность госпитализации, сут | 5 (3—8)         | 5 (4—8)            |

Как видно из таблицы изучаемые показатели не отличаются в обеих группах. Уменьшение числа разрезов и используемых троакаров не ведет к снижению качества выполнения операции и росту послеоперационных осложнений. По нашему мнению, методы лапароскопической холецистэктомии с уменьшенным числом проколов могут быть успешно применены у больных хроническим калькулезным холециститом нормостенического и гиперстенического телосложения, при отсутствии выраженного рубцово-спаечного перипроцесса. При этом не возникает необходимость применять дополнительный инструментарий и порт, как при SILS-методике. Несомненно, осложненные варианты патологии (синдром Миризи, холедохолитиаз, билиодигестивные свищи, выраженный перивезикальный инфильтрат) являются показанием к традиционной четырехпрокольной холецистэктомии.

Способ является модификацией лапароскопической холецистэктомии из трех проколов, описанной в 1998 г. Ю.Н. Гололовым и соавт. В отличие от ранее предложенного способа на всех этапах операции мы пользуемся только 5 мм оптикой. Третий троакар устанавливаем в правом подреберье, а не в 4-й точке как для стандартной холецистэктомии. При таком расположении троакаров хирургу удобнее манипулировать инструментами при его расположении слева от больного. В отличие от метода Г.И. Орехова (2009) при лапароскопической холецистэктомии из двух доступов в нашей модификации основной разрез осуществляется трансумбиликально, а не через правую прямую мышцу живота, что более косметично. После полного заживления раны рубец в пупке не заметен. Вместо 10 мм троакара под мечевидным отростком мы используем 5 мм троакар и 5 мм лапароскоп, что также улучшает косметический результат.

**Заключение.** Используемые нами модификации лапароскопической холецистэктомии могут быть внедрены в практику любого стационара без дополнительных финансовых затрат. Получен лучший косметический эффект.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гололов, Ю.Н. Косметическая модификация выполнения лапароскопической холецистэктомии из трех точек / Ю.Н. Гололов, О.В. Галимов, Е.И. Сендерович [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 1998. — № 2. — С. 19—20.

2. Орехов, Г.И. Лапароскопическая холецистэктомия из двух доступов как первый операционный опыт при хроническом калькулезном холецистите / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 6. — С.12—13.

## REFERENCES

1. Gololobov, Yu.N. Kosmeticheskaya modifikaciya vypolneniya laparoskopicheskoi holecistektomii iz treh toчек [Tree-ports cosmetic modification of laparoscopic

cholecystectomy] / Yu.N. Gololobov, O.V. Galimov, E.I. Senderovich [i dr.] // Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic Surgery]. — 1998. — № 2. — S.19—20.

2. Orehov, G.I. Laparoskopicheskaya holecistektomiya iz dvuh dostupov kak pervyi operacionnyi opyt pri hronicheskom kal'kuleznom holecistite [First experience of double-access laparoscopic cholecystectomy for chronic gallstone cholecystitis] / G.I. Orehov // Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic Surgery]. — 2010. — № 6. — S.12—13.

© Э.З. Якупов, 2014

УДК 614.2(470.41-25):616.8-083.98

## «БЫСТРО, НО НЕ НАСПЕХ»: ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**ЭДУАРД ЗАКИРЗЯНОВИЧ ЯКУПОВ**, докт. мед наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия, e-mail: ed\_yakupov@mail.ru

**Реферат.** В статье на примере опыта работы крупной многопрофильной клиники рассматриваются вопросы организации службы неотложной медицины. Рассмотрены злободневные проблемы взаимодействия различных подразделений клиники, которые носят важный характер и влияют на качество оказания медицинской помощи на уровне приемно-диагностического отделения. На примере опыта работы неотложной службы в клиниках США сделаны предложения по внедрению ряда новаций в деятельность наших больниц, специализирующихся на оказании экстренной и неотложной помощи, в частности, использование дополнительных ставок врачей и медицинских сестер в приемных отделениях, даны рекомендации по созданию алгоритмов работы медицинского персонала в части описания стандартных операционных процедур по основным видам деятельности, показаний для госпитализации, переводу пациента между отделениями, переводу в реанимационное отделение. Указано на необходимость разработки специальных оценочных листов, созданию информационных материалов для пациентов и их родственников, в которых должна быть представлена информация о регламенте работы отделения, клиники, об особенностях диагностического и лечебного процессов при той или иной патологии. Сделан акцент на необходимости создания системы непрерывного образования врачей клиники с помощью клинических и патолого-анатомических конференций как инструмента «обратной связи», позволяющего эффективно оценить работу различных подразделений клиники.

**Ключевые слова:** ургентная медицина, неотложная неврология.

## «QUICKLY, BUT NOT TOO QUICKLY»: QUESTIONS OF ORGANIZATION URGENT NEUROLOGY CARE

**EDUARD Z. YAKUPOV**, D.M., Professor of Department neurology, neurosurgery and medical genetics of SBEI HPE «Kazan State Medical University», Kazan, Russia, e-mail: ed\_yakupov@mail.ru

**Abstract. Aim.** In this article were considered actual problems of different clinical departments interactions, which are very important and matter on the medical help quality on emergency department level. Several proposals were made about introduction of some innovations to the routine practice of our hospitals, which are specialized on urgent and emergency medical help, based on the experience of emergency medical help departments in USA hospitals. Particularly, the use of additional doctors and nurses in emergency departments; recommendations were given to elaborate algorithms of medical staff work, especially in describing the standard medical procedures in various fields of practice, the list of medical conditions for hospitalisation, transferring patients to different departments, transferring patients to intensive care unit. The necessity of developing of check-lists was specified, the importance of creating information materials for patients and relatives, which should contain information about department or hospital work regulations, about specialties of diagnostic and therapeutic processes in different medical conditions. The accent was made on importance of creating the post-graduating educational system for doctors by clinical and pathology conferences as the instrument of feedback, which helps to effectively rate the work of different hospital departments.

**Key words:** emergency, urgent neurology.

3 а годы работы в клинике я вижу как стремительно развивается система оказания медицинской помощи в Республике Татарстан. Программа модернизации здравоохранения позволила реализовать многие очень смелые проекты. Не случайно опыт нашей республики стал «притчей во языцех», мне много приходится

ездить по стране и во многих городах России — от Владивостока до Курска, от Ставрополя до Санкт-Петербурга, я слышу от коллег слова восхищенного удивления, как много сделано в РТ в части охраны здоровья. Но в этой статье мне хотелось бы обсудить не столько глобальные вопросы нашего здравоохранения, а остановиться