

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОДОСТУПА

В.А.ГОЛДИН

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8.

М.П.ИВАНОВ, В.Б.МОДИН

Городская больница № 17. 109263 г.Москва, ул.Волынская, 7.

В клинике при холецистэктомии применяется минилапародоступ. В течение последних 2-х лет оперировано 150 больных с отсроченным острым холециститом или в плановом порядке при хроническом холецистите. Осложнений после операции не было, послеоперационный период протекал гладко. Средний срок пребывания больных в стационаре - 4 суток.

До недавнего времени в среде хирургов бытовало расхожее мнение: «Чем больше ранг хирурга, тем больший операционный разрез». Однако многолетние наблюдения над больными, перенесшими операции широким доступом, показали, что он имеет существенные недостатки, а именно - сопровождается большим по времени и более тяжелым по течению периодом регенерации операционной раны, возможным нагноением, образованием послеоперационных лигатурных свищей, грыж со снижением и даже потерей трудоспособности и т.п.

Поэтому вполне естественным явилось стремление хирургов выполнить абдоминальную операцию из меньшего доступа, без ущерба качества вмешательства, а что касается холецистэктомии - это или лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из минилапародоступа. Анализируя материал, посвященный лапароскопической холецистэктомии, ряд авторов [1, 2] наблюдали сокращение длительности нетрудоспособности в 2 раза, повышение медицинской реабилитации в 4,5 раза.

В клинике госпитальной хирургии РУДН на базе больницы № 17 с 1997г. холецистэктомия проводится из минилапародоступа, представляющего среднее положение между лапароскопической и ортодоксальной холецистэктомией. Операции выполняются с помощью отечественного набора инструментов «Мини-ассистент», предназначенного для операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

Течение операций сводится к тому, что под наркозом производится кожный параректальный разрез длиной 3-3,5см от правой реберной дуги в проекции желчного пузыря; несколькими кожно-брюшинными швами изолируются мышечные ткани и вводится ранорасширитель, с помощью которого и обеспечивается экспозиция зоны оперативного вмешательства. Экспозиция облегчается использованием зеркал с изменяющимся углом и осветителем на направленном световом потоком.

Выделение желчного пузыря из сращений и рыхлых инфильтративных наложений производится острыми ножницами, а также с помощью тупферов. С помощью электрода в виде крючка активно применяется гемостаз электрокоагуляцией.

При обеспечении эффективной экспозиции технические приёмы мало отличаются от таковых при традиционной холецистэктомии с теми особенностями, что диссектор, ножницы, зажим Люера имеют определенные изгибы браншей, позволяющие манипулировать в ране с малым доступом. Лигирование пузырных протока и артерии производится капроновой лигатурой с помощью палочки Виноградова. Выделение желчного пузыря из ложа производится с помощью электрокоагуляции субсерозно, что одновременно обеспечивает гемостаз. Операция заканчивается подведением к ложу пузыря дренажа - через контрапертуру и послойным ушиванием раны.

В период 1998-1999 гг. оперировано 150 больных, причем преобладают больные женского пола. Соотношение мужчин к женщинам равнялось 1:10 (14 мужчин; 136 женщин). По возрасту встречается больные от 24 до 77 лет, преобладающее количество было в возрасте 30-70 лет, на протяжении этого интервала больные распределялись примерно равномерно.

Что касается течения самих операций, то осложнений во время операций, связанных с техникой вмешательства, не наблюдалось.

Переход на открытый расширенный доступ имел место у 10 больных (выраженный спаечный процесс при полностью заполненном конкрементами желчном пузыре, инфилтративный процесс в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки).

Послеоперационный период, сравнительно с ортодоксальной холецистэктомией, протекал более гладко: уменьшались по интенсивности послеоперационные боли, снижалась необходимость применения наркотических анальгетиков, в первые 2 суток они назначались однократно, а с 3-х суток необходимость их применения отпадала, отпадала необходимость в антибиотикотерапии. На 3-4-е сутки больные могли выписываться из клиники, т.е. средний срок пребывания больных в стационаре сокращался более чем в 2 раза и составлял 4 суток.

Проведенное исследование отразило вполне очевидные преимущества минилапародоступа при холецистэктомии с ортодоксальной холецистэктомией, он в определенной степени даже конкурирует с лапароскопической холецистэктомией - по степени простоты методики, относительно недорогой аппаратуры и вполне удовлетворительных результатов.

Это диктует более широкое внедрение методики минилапаротомии при холецистэктомии в хирургическую практику.

Литература

Пучков К.В., Карпов В.В., Мартынов М.М., Филимонов В.Б. Сравнительная оценка результатов лечения больных желчекаменной болезнью, оперированных открытым и лапароскопическим способами в отдаленном послеоперационном периоде. // *Анналы хирургической гепатологии*. Томск, 1997, с.223.

CHOLECYSTECTOMY BY MINIPARAROSCOPIC PROCEDURE

V. A. GOLDIN, M. P. EVANOV, V. B. MODIN

Department of hospital Surgery, RPFU, 117198 Moscow, Str. Miklukho Maklaya, 8.

Municipal hospital № 17, 109263 Moscow, Str. Volynskaja 7.

Cholecystectomy is done in the hospital by minilaparoscopic procedure. In the last two years 150 patients were operated with acute and chronic cholecystitis cholelithiasis. There was no postoperative complication and the postoperative period went smoothly. The mean stay of patients in the hospital was 4 days.