

ОБМЕН ОПЫТОМ

© ВОЛКОВ Ю.М., ВИННИК Ю.С., КОЧЕТОВА Л.В.

УДК 616.366-003.7-089.87

ПРИМЕНЕНИЕ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ю.М. Волков, Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, ректор –

д.м.н. проф. И.П. Артюхов; кафедра общей

хирургии, зав. – д.м.н., проф. Ю.С. Винник.

Резюме. Предлагаемый единый доступ при лапароскопической холецистэктомии имеет косметический эффект и позволяет сократить послеоперационное пребывание больного в стационаре.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, единый лапароскопический доступ.

Волков Юрий Михайлович – д.м.н., проф. каф. общей хирургии КрасГМУ;
e-mail: volkov_YM@mail.ru.

Винник Юрий Семенович – д.м.н., проф., зав. каф. общей хирургии
КрасГМУ; e-mail: Yuvinnik@yandex.ru.

Кочетова Людмила Викторовна – к.м.н., проф. кафедры общей хирургии
КрасГМУ; e-mail: dissovetkrasgmu@mail.ru.

Способы введения троакаров при выполнении лапароскопической холецистэктомии известны. Обычно используются 4 точки введения

троакаров в брюшную полость: « умбиликальную»-непосредственно выше или ниже пупочного кольца (точка введения первого троакара); «эпигастральную» - на 2-3 см ниже мечевидного отростка по средней линии; по передней подмышечной линии на 3-5см ниже правой реберной дуги; по средне - ключичной линии на 2-4см ниже правой реберной дуги [2, 4, 5].

Места введения троакаров могут несколько изменяться в зависимости от формы живота пациента и клинического течения заболевания [1].

В отечественной литературе описан вариант косметического выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) из трех лапаропортов для технически простых случаев, а также ЛХЭ из двух точек [3, 6, 7].

Материалы и методы

С марта 2011 года в 1-м хирургическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Красноярск лапароскопические операции у больных хроническим калькулезным холециститом проводятся через один доступ. По предлагаемой методике проведены шесть ЛХЭ. Все пациенты – женщины в возрасте от 30-55 лет умеренного питания (табл.1).

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту

Возраст, годы	Абс. число	%
30-39	3	50
40-49	2	33
50-59	1	17

Анализ выполнения ЛХЭ из единого доступа показывает возможность выполнения ЛХЭ у многих больных, планово поступающих в стационары. У большинства пациентов, которым планируется выполнение ЛХЭ, операцию чаще выполняют в межприступный период, когда воспалительные изменения в стенке желчного пузыря не выражены и позволяют без особых трудностей выделить трубчатые структуры треугольника Colot.

Как мы знаем для наиболее комфортного выполнения эндоскопических операций, в том числе и холецистэктомий, необходим определенный угол

между рабочими инструментами. Причем чем он больше, тем удобнее оперировать. При едином хирургическом доступе этот угол практически отсутствует, так как инструменты располагаются параллельно друг к другу.

Таким образом, нам его необходимо создать. Но как?



Рис.1. Набор инструментов для проведения холецистэктомии из единого доступа.

На рис. 1 представлены инструменты производства «ППП» (Казань Россия). Как мы видим это те же самые инструменты, которые используются при обычной лапароскопической холецистэктомии: зажим, диссектор, клипсапplikатор, коагуляционный крючок и шарик, ножницы. Их особенностью является изогнутая конфигурация.

Угол изгиба, благодаря свойствам металла, можно менять руками, придавая необходимые параметры удобные хирургу. Благодаря этому создается необходимый угол между рабочими поверхностями инструментов. У клипера тоже есть особенность – это его боковая рабочая поверхность. Ну и, конечно, необходим порт - с тремя рабочими каналами.

Для вхождения в брюшную полость нами используется пупок. Для этого окаймляющим разрезом производится его мобилизация в виде «воронки» (рис.2).



Рис.2. Мобилизация пупка.

Далее производится мини-лапаротомия выше пупка с переходом на пупочное кольцо длиной до 3см для проведения порта. После введения порта устанавливается лапароскоп и вводятся инструменты (рис.3).



Рис.3. Порт с введенными инструментами.

Одним из недостатков является отсутствие клапанов. Поэтому при смене инструментов роль клапанов выполняют пальцы хирурга.

Больного располагаем на операционном столе согласно «французской» технике (рис.4).



Рис.4. Положение больного на операционном столе.

При этом хирург находится между ног больного, ассистент при этом располагается слева от больного, а операционная сестра у левой ноги. Лапароскопическая стойка при этом располагается справа от больного или в головном конце.

Основные этапы холецистэктомии из единого доступа такие же, как и при лапароскопической холецистэктомии из четырех точек. Однако, основная трудность при удалении желчного пузыря через единый доступ заключается в ограниченности манипуляций хирурга и ассистента. Иногда их руки мешают друг другу.

После отсечения желчного пузыря его извлекали вместе с троакаром, лапароскопом и зажимом. Даная процедура проходила без осложнений. Так, размеры раневого отверстия были достаточны для извлечения практически любого желчного пузыря.

Трубчатый дренаж, установленный к ложу удаленного желчного пузыря, выводился непосредственно через разрез, то есть пупок. Узловыми швами ушивали вначале брюшинно-апоневротический слой выше пупка и пупочное кольцо. Пупок фиксировался на место отдельными швами по периметру (рис. 5.).



Рис. 5. Окончательны вид послеоперационной раны.

При осмотре больных через 1 месяц после операции на брюшной стенке видимых рубцов не было.

Результаты и обсуждение

С целью сравнения результатов лапароскопической холецистэктомии из единого доступа и через четырехтроакарный доступ был проведен сравнительный анализ путем ретроспективной оценки историй болезни. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру поражения желчного пузыря.

Сравнивали следующие показатели: продолжительность операции, количество осложнений, средний период пребывания в стационаре (табл.1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика результатов чрезпупочной и стандартной лапароскопической холецистэктомии

Показатели	ЛХЭ через единый доступ (n-6)	Стандартная ЛХЭ (n-14)
Продолжительность операции, мин	62,8 $\pm$ 3,6	49,6 $\pm$ 3,2
Послеоперационные осложнения, абс. (%)	-	-
Средняя длительность пребывания в стационаре, дни	6,4 $\pm$ 0,4	7,03 $\pm$ 0,4

Как видно из табл. 1, чрезпупочная ЛХЭ статистически значимо более продолжительная во времени по сравнению со стандартной ЛХЭ, что объясняется отсутствием эффекта триангуляции и ограничением свободного пространства при манипуляции инструментами.

По данным сравнительных исследований в группе больных, которым была выполнена чрезпупочная ЛХЭ, осложнений не отмечено. Однако можно говорить о сокращении периода пребывания таких больных в стационаре.

Таким образом, чрезпупочная ЛХЭ является перспективным методом удаления желчного пузыря по поводу желчно-каменной болезни.

В настоящее время мы не можем сказать о значительном снижении койко-дня и экономической эффективности холецистэктомии из единого доступа. И продолжительность таких операций больше – это объясняется известными трудностями ее выполнения. Однако в процессе набора опыта и хирургических навыков большинство этих трудностей преодолевается.

В настоящее время можно говорить, лишь о косметичности. Вопрос о качестве жизни пациентов, перенесших стандартную ЛХЭ и чрезпупочную холецистэктомию, требует дополнительных исследований.

THE USE OF THE SINGLE LAPAROSCOPIC ACCESS IN THE TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE

YU.M. Volkov, YU.S Vinnik, L.V. Kochetova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Abstract. The proposed single access at laparoscopic cholecystectomy has a cosmetic effect and reduces postoperative hospitalizations.

Key words: cholelithiasis, single laparoscopic access.

Литература

1. Волков, Ю.М., Артюхов И.П., Гульман М.И. Проблемы применения высоких технологий в общехирургических отделениях в условиях реформирования железнодорожной медицины, клинико-экономический аспект. – Красноярск, 2004. – 182с.
2. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практическое руководство. – М. – 1994. – 65с.
3. Кузин Н.М., Дадвани С.С., Ветшев П.С и др. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов // Хирургия. – 2000. – №2. – С.25-27.
4. Шестаков А.Л., Попов О.А., Тимошин А.Д. и др. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с осложнениями со

стороны желчного пузыря // Анналы хирургии. – 2005. – №3. – С.57 - 60.

5. Badlekos G.D., Machaelides S.A., Roussou T., Charalabopoulos K.A. Cnanges in breating control and mechanics after laparoscopic vs. open cholecystectomy // Arch. Surg.–2006.–Vol.141. – P.16-22.

6. Mabry C.D. Randomizer chinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholecystolitis primary and clinical outcomes – Invited Critique //Arch.Surg.–2008.–Vol.143, №4.–P.377-378.

7. Harju J., Juvonen P., Eskalines M. et al. Minilaparotomy cholecystectqmy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity //Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. –2006.–Vol. 3, № 12. – P. 662 - 663.