

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ В ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Четверіков С. Г., Олійник О. О.

*Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка)
Одеського національного медичного університету*

Проаналізовано можливості використання єдиного лапароскопічного трансумбілікального доступу та комбінованих мінілапароскопічних втручань у лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Ці технології використані у 28 пацієнтів з хорошими найближчими і віддаленими результатами (у терміні спостереження до 1 року). Перший досвід використання таких операцій дозволяє зробити висновок про перспективність подальших досліджень, відпрацювання оперативної техніки та модернізації інструментів.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, єдиний лапароскопічний доступ.

Лапароскопічна холецистектомія стала «золотим стандартом» у лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Використання лапароскопічних оперативних втручань за допомогою стандартних 10 мм інструментів може приводити до розвитку таких ускладнень, як післяопераційні вентральні грижі, гнійно-септичні ускладнення, косметичні дефекти на шкірі живота. Для видалення жовчного міхура з конкрементами хірург вимушений розширювати один з троакарних проколів до 15–20 мм, а у випадках гострого холециститу з товстими стінками міхура, і більше. Таке розширення доступу призводить до збільшення травматичності операції, погіршення косметичного ефекту та збільшення вірогідності виникнення післяопераційних гриж. Можливим шляхом вирішення цієї проблеми є зменшення кількості троакарних доступів, та виконання єдиного доступу у ділянках живота, де він не викликає суттєвих косметичних дефектів та досить легко ушивається, насамперед у пупковій ділянці. Такі операції виконуються на протязі останніх декількох років. Однак кількість робіт, присвячених цим методикам дуже мала [1, 2, 3, 4, 5]. В даний час не розроблено принципові можливості обґрунтованого застосування хірургічних технологій єдиного лапароскопічного доступу в хірургії жовчнокам'яної хвороби; не визначені показання і протипоказання до їх використання, відсутня детальна оцінка оперативної техніки.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу шляхом використання методик єдиного лапароскопічного доступу та мінілапароскопічних оперативних втручань.

Методи дослідження

З використанням методик єдиного лапароскопічного доступу та комбінованих мінілапа-

роскопічних втручань нами прооперовано 28 хворих з жовчнокам'яною хворобою. Це були, переважно (20 пацієнток), жінки молодого віку, без складної супутньої патології та ожиріння. У 5 пацієнток ми застосовували можливість використання вагінального доступу для маніпуляцій на органах черевної порожнини під відеоендоскопічним контролем та для видалення видаленого органу із черевної порожнини. У 8 хворих виконано лапароскопічну холецистектомію з використанням системи єдиного лапароскопічного доступу виробництва російської фірми «ППП» та зігнутих інструментів власної конструкції, у 15 хворих виконано мінілапароскопічна холецистектомія із розташуванням двох 5 мм троакарів у пупковій ділянці через один розтин шкіри та одного 3 мм троакару у правій підреберній ділянці для проведення маніпуляцій з жовчним міхуром та дренування черевної порожнини. При хронічному калькульозному холециститі проведено 20 операцій, та при гострому (недеструктивній формі у серозній стадії запалення) – 8 операцій. У 2 хворих виконано симультанну операцію – холецистектомію та двобічну аднексектомію з приводу прооперованої раніше гормоночутливої пухлини молочної залози. 9 пацієнтів мали невелику за розмірами (до 5 см) пупкову грижу. У цих хворих на першому етапі проводили мобілізацію грижового мішку, виділення грижових воріт із створенням умов для наступної пластики черевної порожнини, яка проводилась після видалення жовчного міхура поліпропіленовими алотрансплантатами за методикою «sub lay».

Нами використовувалися лапароскопи діаметром 2,6 та 4,2 мм, для введення яких використовували стандартні 3 та 5 мм троакари. Для мінілапароскопії використовувалися 3 мм стандартні інструменти та оригінальні, власної

конструкції троакари-маніпулятори для тракції внутрішніх органів діаметром 2,6 та 3 мм. Нами використано також оригінальну систему єдиного лапароскопічного доступу, яка складається з кільця діаметром 25 мм, фіксованим на ньому гумовому рукаві та троакарної площадки з клапанною системою для одного 10 мм та двох 5 мм інструментів. Для маніпуляцій на жовчному міхурі використовувалися зігнуті інструменти власної конструкції з можливістю обертання робочого кінця на 360° (дисектор, електрокоагуляційний гачок). Міхурову протоку кліпірували за допомогою 5 мм кліпатора російського виробництва середньовеликими кліпсами. У випадках гострого холециститу, технічних складностях при виконанні холецистектомії при хронічному холециститі підпечінкову ділянку дренивали 3 або 5 мм мм силіконовим дренажем через прокол у правій підреберній ділянці.

Результати досліджень та обговорення

Всі оперативні втручання пройшли без інтраопераційних ускладнень. У 10 хворих через технічні складності ми були вимушені перейти до традиційної лапароскопічної холецистектомії шляхом введення 5 мм троакару у епігастральній ділянці. Ці пацієнти були виключені з нашого дослідження. Кольпотомічний доступ після видалення органу не закривали, проводили лише тампонування піхви. Час, використаний

для проведення втручань, варіювався від 30 до 120 хвилин. Хворі перебували в стаціонарі після операції від 1 до 4 діб. При спостереженні за пацієнтами на протязі перших місяців (до 1 року) після операції відділених ускладнень не спостерігалось, відмічений гарний косметичний ефект.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Перший досвід використання єдиного лапароскопічного доступу та комбінованих мінілапароскопічних трансумбікальних оперативних втручань дозволяє зробити висновок про можливість їх застосування в хірургії жовчнокам'яної хвороби. Найбільш показані ці методики при поєднанні жовчнокам'яної хвороби з пупковою грижею або розширенням пупкового кільця з формування ліпоцеле. Зберегти принцип триангуляції у лапароскопічній хірургії при використанні єдиного лапароскопічного доступу можливо лише при використанні зігнутих інструментів з поворотним робочим кінцем. Використання цих технологій є перспективним напрямком розвитку сучасної малоінвазивної хірургії та потребує подальшого вдосконалення і впровадження в практичну діяльність спеціалізованих хірургічних центрів, розробки технічних прийомів виконання операції та удосконалення інструментарію та інших технічних засобів.

Література

1. Захараш М. П., Захараш Ю. М., Усова Е. В. Хірургія єдиного лапароскопического доступа – новое направление миниинвазивной хирургии // Хірургія України. – 2010. – № 3 (35). – С. 100–109.
2. Однопортові лапароскопічні втручання. Перший досвід та перспективи використання / Іоффе О. Ю., Стеценко О. П., Трасюк Т. В. та співавт. // Хірургія України. – 2011. – № 3. – С. 16–20.
3. Ates O., Hakguder G., Olguner M., Akgur F. M. Single-port laparoscopic appendectomy conducted intracorporeally with the aid of a transabdominal sling suture // Journal of Pediatric Surgery. – 2007. – N 6, Vol. 42. – P. 1071–1074.
4. Single Port Access Laparoscopic Cholecystectomy / Bucher P., Pugin P. et al. // World J Surgery. – 2008. – N 5, Vol. 33. – P. 1015–1019.

OPTIMIZATION OF SURGICAL ACCESS IS IN TREATMENT OF GALL-BLADDER DISEASE

Chetverikov S. G., Oliynik O. O.

*Center of reconstructive and restoration medicine (University clinic)
Odesa national medical university*

Possibilities of the use of transumbilical single port laparoscopic access and combined minilaparoscopic transumbilical operative techniques in surgery of gall-bladder disease are analyzed. These technologies we performed for 28 patients with the good nearest and long-term results (in terms to 1 year). The first experience of the use of such operations allows drawing a conclusion about perspective of further researches, working off operative technique and modernization of instruments.

Keywords: gallbladder disease, single site port laparoscopic access.