

**ВИКОРИСТАННЯ МІНІЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ**

Буковинська державна медична академія  
Хмельницька обласна клінічна лікарня

**Резюме.** Наведено результати хірургічного лікування 26 хворих на жовчнокам'яну хворобу з використанням підреберно-перпендикулярного перемінного мінілапаротомного доступу. Вік хворих становив 30 – 87 років. Жінок було 23, чоловіків – 3. Причиною застосування цього доступу у 15 хворих була категорична їх відмова від лапароскопічної холецистектомії, а у інших осіб (11) – раніше перенесені різноманітні абдомінальні операції. У 25 хворим виконано холецистектомію, трьом з них зовнішньо дреновано спільну жовчну протоку, а в одному випадку сформовано супрадуоденальний холедоходуоденоанастомоз.

Всі операції виконано з використанням підреберно-перпендикулярного перемінного мінілапаротомного доступу, який не передбачає пересічення прямого і широких м'язів живота. Хворих оглянуто після операції в строки від 1 до 4 років, ускладнень з боку черевної стінки не було.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, хірургічне лікування, мінілапаротомний доступ.

**Вступ.** Широке впровадження лапароскопічних технологій в хірургічне лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу суттєво покращило їх результати, зменшило кількість післяопераційних ускладнень, значно прискорило строки реабілітації [2]. Проте перенесені раніше абдомінальні оперативні втручання часто обмежують можливість виконання лапароскопічної холецистектомії, що змушує використовувати традиційну широку лапаротомію з ризиком виникнення в майбутньому різноманітних ускладнень [1,2,4].

Значне зuboжіння населення, зумовлене економічними негараздами, також обмежує можливість використання лапароскопічної холецистектомії, платної на сьогоднішній день. Тому в літературі все частіше зустрічаються повідомлення про виконання холецистектомії через мінілапаротомний доступ із застосуванням елементів лапароскопічної технології [1,4].

**Матеріал та методи.** Із 1995 року в Хмельницькій обласній клінічній лікарні впроваджено підреберно-перпендикулярний перемінний мінілапаротомний доступ в лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Попередньо на 20 трупах дорослих людей відпрацьовано техніку цього доступу.

Проведено 26 оперативних втручань з використанням підреберно-перпендикулярного перемінного мінілапаротомного доступу. Вік хворих становив 30 – 87 років. Жінок було 23, чоловіків – 3. Всім хворим виконувався обов'язковий перелік клінічних та біохімічних лабораторних досліджень за загальноприйнятими стандартними методиками [3]. За необхідності хворі оглядалися лікарями суміжних спеціальностей. Під час обстеження виявлялася супутня хірургічна патологія, яка б потребувала додаткової хірургічної корекції і виключала можливість використання мінілапаротомного доступу.

**Результати досліджень та їх обговорення.** На 1011 прооперованих хворих на жовчнокам'яну хворобу підреберно-перпендикулярний перемінний мінілапаротомний доступ застосовано у 2,6% випадків. Причиною використання цього доступу у 15 осіб була категорична їх відмова від лапароскопічної холецистектомії, а у інших хворих (11) – раніше перенесені різноманітні абдомінальні операції.

Гострий деструктивний холецистит мали 11 пацієнтів. У однієї хворої спостерігався холедохолітаз, у 14 хворих – хронічний калькульозний холецистит.

Виконано холецистектомію 25 хворим, трьом з них додатково зовнішньо дреновано спільну жовчну протоку в зв'язку з ознаками загострення хронічного панкреатиту.

В одному випадку хворій сформовано супрадуоденальний холедоходуоденоанастомоз після видалення конкременту із спільної жовчної протоки і дігностування стриктури термінальної її частини. Цій хворій п'ять років тому було ліквідовано післяопераційну вентральну грижу, що виникла після традиційно виконаної холецистектомії. Перенесена герніопластика стала причиною вибору мінілапаротомного доступу.

Операція виконувалася під ендотрахеальним наркозом. Хворому під спину підкладали валик. Шкіру довжиною 5–10 см розрізали перпендикулярно до реберної дуги, відступивши 1–2 см медіально від кінця X ребра в напрямку до пупкового кільця. Аналогічно цьому розрізу шкіри розтинали перемізії зовнішнього косого м'яза живота і розводили його волокна в боки гачками Фарабефа. У подальшому розрізали перемізії внутрішнього косого м'яза живота і тупо розводили його волокна, а далі – і волокна поперечного м'яза живота за напрямком їх ходу. Волокна прямого м'яза живота не пересікали. Очеревину захоплювали затискачами і розрізали відповідно ходу м'язових волокон поперечного м'яза живота. Рану обкладали серветками. Ввівши в рану 3 вузьких печінкових дзеркала, виконували візуальну ревізію жовчного міхура і підпечінкового простору. У випадках напруження жовчного міхура вміст його видаляли відсмоктувачем. Холецистектомію частіше виконували ретроградно, коагулюючи ямку жовчного міхура за ходом його виділення, артерію лігували. Постійно контролюючи, здійснювали перев'язування двома лігатурами кукси міхурової протоки. В окремих випадках артерію і куксу протоки жовчного міхура кліпували за допомогою інструментарію для лапароскопічної холецистектомії. Остаточний гемостаз в ямці жовчного міхура виконували за допомогою тампонів з гарячим ізотонічним розчином NaCl. Після 5–7хв експозиції тампони видаляли. Підпечінковий простір дреновали трубчастими дренажами, які виводили крізь контрапертуру в XI міжреберному просторі по задній пахвовій лінії, що відповідає проекції нижньої точки піддіафрагмального простору в положенні хворого на спині. Надалі зашивали операційну рану, одномоментно захоплюючи в безперервний кетгуттовий шов очеревину, внутрішній косий і поперечний м'язи живота. Окремо безперервним кетгуттовим швом зашивали зовнішній косий м'яз живота. Між внутрішнім і зовнішнім рядами швів, накладених на широкі м'язи живота, розміщували дренажну трубку, яку виводили крізь контрапертуру з боку від мінілапаротомної рани. Рану шкіри пошарово зашивали.

Даний доступ є перемінним, малотравматичним, не пошкоджує судини і нерви в ділянці операційної рани. Спостереження за хворими свідчать, що

на відміну від традиційної лапаратомії цей доступ значно легше переноситься хворими незалежно від їх віку, майже відсутнє здуття живота у післяопераційному періоді.

Профілактика вогнищевих ускладнень рани проводилася шляхом перед та післяопераційного призначення антибіотиків (цефобід, уназін тощо), ретельного гемостазу під час операції, дренивання рани та її лаважу поліетиле-ноксидними мазями. Гнійних ускладнень з боку рани не спостерігали, у 2 хворих мала місце серома рани.

Профілактику післяопераційних тромбоемболічних ускладнень проводили шляхом бинтування нижніх кінцівок, активного режиму, контрольованої гемодилуції, призначення фраксипарину або ацелізіну в післяопераційному періоді.

Середній термін перебування пацієнтів на ліжку після операції становив  $7,7 \pm 1,6$  діб (після звичайної лапаратомії –  $9,5 \pm 2,3$ ).

Хворих оглянуто після операції в строки від 1 до 4 років, ускладнень з боку стінки живота не було.

### **Висновки.**

1. Підреберно-перпендикулярний перемінний мінілапаротомний доступ (ППД), який не передбачає пересічення прямого і широких м'язів живота, є малотравматичним і зручним в хірургічному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу у випадках неможливості виконання лапароскопічної холецистектомії.

2. ППД дозволяє запобігти виникненню післяопераційних вентральних гриж.

3. Використання ППД дозволяє значно скоротити терміни медико-соціальної реабілітації пацієнтів.

4. ППД можна рекомендувати для впровадження хірургам, що мають досвід виконання операцій на жовчному міхурі.

**Література.** 1. *Ходаков В.В., Рямов Ю.С.* Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа //Хирургия. – 1997. – № 8. – С.47 – 49. 2. *Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Доманський Б.В.* Хірургія печінки та жовчовивідних шляхів. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с. 3. *Хеггліш Ю.* Хирургическое обследование: Пер.с нем. – 2-е изд., перераб.и доп. – М.: Медицина, 1991. – 463 с. 4. *Cuschieri A.* Minimal Access Surgery and the Future of Interventional Laparoscopy //Am.J.Surg. – 1991 – V.161, № 3, - P.404 – 408.

## **THE USE OF THE MINILAPAROTOMIC ACCESSION IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS**

*V.V.Vlasov*

**Abstract.** The results of the surgical treatment of 26 patients with cholelithiasis have been studied, using the subcostal-perpendicular variable minilaparotomic approach. The age ranged from 30 to 87 years. There were 23 women and 3 men. Flat refusal to laparoscopic cholecystectomy of 15 patients was the reason of choosing this approach, while the rest of the patients (11) – underwent different abdominal surgeries, 25 patients underwent cholecystectomy, 3 of them having their common bile duct drained externally, while supraduodenal choledochocanoanastomosis was formed in one patient.

All the operations were performed using subcostal-perpendicular variable minilaparotomic approach which does not envisage sectioning of the musculus rectus abdominalis and musculus vastus abdominis. The patients were examined after the operation during a period ranging from 1 to 4 years. No complications related to the abdominal wall were discovered.

**Key words:** cholelithiasis, surgical treatment, minilaparotomic approach.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)