

## Досвід малоінвазивних оперативних втручань в абдомінальній і торакальній хірургії

І.Ю. ПОЛЯНСЬКИЙ, Ф.В. ГРИНЧУК, В.В. АНДРІЄЦЬ, М.М. ГРЕСЬКО, В.С. ПОГІРЛЯК, В.П. КОЗАК, Ф.І. БАРАНЕЦЬКИЙ, В.П. ДОРОШ, В.П. СЛИВКА, А.В. УШАКОВ

Буковинська державна медична академія, Чернівецька обласна клінічна лікарня

### EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTIONS IN ABDOMINAL AND THORACIC SURGERY

I.YU. POLIANSKYI, F.V. GRYNCHUK, V.V. ANDRIETS, M.M. GRESKO, V.S. POGIRLIAK, V.P. KOZAK, F.I. BARANETSKYI, V.P. DOROSH, V.P. SLYVKA, A.V. USHAKOV

Bukovynian State Medical Academy, Chernivtsi Regional Clinical hospital

Узагальнено досвід використання стандартного лапароскопічного оснащення для виконання холецистектомії, оперативних втручань на придатках матки, при торакальній патології у 1462 хворих. Доведена висока ефективність малоінвазивних оперативних втручань, їх економічність.

The experience of using standard laparoscopic facilities for the purpose of performing cholecystectomies, surgical interventions on the uterine appendages, in case of thoracic pathology in 1462 patients has been summarized. The high efficacy of endoscopic surgical interventions, their economical efficiency has been proved.

**Вступ.** Історія медицини знає не так багато випадків, коли технічно нова лікувальна методика так принципово змінювала б підходи до лікування хворих, змушувала б переглядати сторічні традиції хірургічної техніки. Поєднання лапароскопа з відеосистемою, яка передає зображення на телемонітор, дозволило не тільки значно покращити можливість візуальної діагностики різних захворювань органів черевної і грудної порожнини, а й виконувати стандартні обсяги оперативних втручань через невеликі розрізи-проколи, уникаючи небезпеки виникнення цілого ряду післяопераційних ускладнень [1]. Широке впровадження лапароскопічного відеооснащення у практику сприяло становленню нового напрямку сучасної медицини – малоінвазивної хірургії [3], яка за розповсюдженістю, активністю, результатами значно потіснила класичні методи оперативних втручань [2].

**Матеріали і методи** За період з 1996 року у клініці виконано 1436 лапароскопічних і 26 торакокопічних оперативних втручань. Жінок було 1414, чоловіків – 48. Вік хворих коливався від 15 до 74 років.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 1176 хворих показанням до оперативного втру-

чання був хронічний калькульозний холецистит, у 168 – гострий, 1 хвора оперована з приводу гострого апендициту. 36 хворих оперовані з приводу гінекологічної патології: в 17 з них видалено кісти яєчника, 4 проведено видалення яєчника, у 15 хворих з неплідністю відновлено прохідність маткових труб.

26 хворих оперовані з приводу торакальної патології: в 13 з них проведена коагуляція бул, у 2 – атипова крайова резекція легені, у 5 – коагуляція кровоточивої судини грудної стінки та ліквідація гемотораксу. У 5 хворих цієї групи здійснена прицільна біопсія та санація плевральної порожнини. Одному хворому із нестримною гикавкою виконане торакокопічне пересічення лівого діафрагмального нерва з позитивним результатом.

Оперативні втручання проводили здебільшого під загальним знеболенням, застосовуючи стандартні набори для лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) фірми “Olimpus”. Раніше перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини не були абсолютними протипоказаннями для виконання лапароскопії – при неможливості інсуфляції вуглекислого газу через голку Вереша троакар вводили напіввідкритим методом з наступним роз’єднанням спайок під контролем відеооснащення.

Аналіз результатів виконання ЛХЕ свідчить, що дотримання техніки оперативного втручання, чітка ідентифікація анатомічних структур у більшості випадків дозволяє видалити жовчний міхур без ускладнень. Разом з тим, слід зважати на індивідуальну мінливість топографії жовчного міхура та прилеглих структур, варіанти відходження міхурової артерії, типи злиття міхурової протоки із загальною печінковою, наявність отворів Люшка та додаткових артерій жовчного міхура. Неможливість чіткої ідентифікації анатомічних структур частіше зустрічається при гострому холециститі – у 26 випадках це змусило виконати конверсію. Причиною останньої у 12 випадках була кровотеча, яку не вдавалось надійно зупинити лапароскопічними методами, у 9 – пошкодження міхурової протоки, яке супроводжувалось витіканням жовчі, у 1 – пошкодження загальної печінкової протоки, 1 – загальної жовчної протоки, у 2 – penetрація виразки дванадцятипалої кишки у гепатодуоденальну зв'язку. У 4 випадках запідозрено наявність конкрементів у просвіті холедоха, що потребувало виконання ревізії позапечінкових жовчних шляхів.

У 3 випадках після виконання холецистектомії виявлено дифузну кровоточивість ложа міхура, яку не вдавалось зупинити коагуляцією. Цим хворим через розширений розріз місця введення троакара до ложа міхура підведений марлевий тампон.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. Лапароскопическая холецистэктомия. – С.Пб., 1998. – 87с.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. и др. Лапа-

У 24 хворих лапароскопія використовувалась як метод діагностики, при цьому 4 хворим з декомпенсованим цирозом печінки виконана оментогепатопексія, у одного з них у подальшому спостерігали виражений клінічний ефект.

Післяопераційні ускладнення спостерігались у 28 хворих – витікання жовчі через дренаж (6 хворих, у 4 з них ускладнення ліквідовано з допомогою консервативної терапії); піддіафрагмальний абсцес (2), який розкрито через контрапертуру; внутрішні кровотечі (2); інфільтрат та нагноєння параумбілікальної рани (16). У 3 хворих виникла післяопераційна вентральна грижа.

Середній ліжко-день склав ( $5,2 \pm 1,3$ ) дня. Летальних наслідків не спостерігали.

**Висновки.** 1. Стандартне оснащення для лапароскопічної холецистектомії при раціональному використанні інструментів дає змогу виконувати оперативні втручання не тільки на жовчному міхурі, а й на інших органах черевної порожнини та грудної клітки.

2. Застосування малоінвазивних оперативних втручань у абдомінальній, торакальній хірургії та гінекології дозволяє з успіхом виконувати широкий обсяг оперативних втручань, значно скоротивши при цьому строки лікування хворих.

роскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Хирургия. – 1998. – №3. – С.7-9.

3. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / под ред. А.С. Балыкина. – М.:ИМА-пресс,1996. – 151 с.