

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, А.С. БАБАЖАНОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, А.С. БАБАЖАНОВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS

U.R. KHUDOYNAZAROV, A.S. BABAJANOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Самарканд шаҳар 1-шаҳар шифохонасининг хирургия бўлимида 2008 - 2016 йил давр оралигида 2563 нафар беморга ўт тош касаллиги туфайли операция бажарилди. Шулардан 1194 (46,6%) нафар беморга ЛХЭ бажарилди, 347 (13,5%) нафар беморга лапаротомия йўли билан холецистэктомия бажарилди. 1022 (39,9%) нафар беморга ЛХЭ қарши кўрсатма бўлганлиги сабабли холецистэктомия мини (кичик) кесим билан бажарилди. МЛХЭ туфайли 2 (0,08%) ва ЛХЭ туфайли 6 (0,23%) нафар беморда ўт йўллариининг ятроген жароҳатланиши кузатилди. Минилапаротом кесим орқали Захаров Н.И. таклиф этган холецистэктомия усули туфайли асоратлар сони 2,2%дан 0,6%гача камайди.

Ключевые слова: *ўт тош касаллиги, холецистэктомия, минилапаротомия.*

In the surgical department of the 1-city hospital of Samarkand city clinic for the period 2008-2016, 2563 patients were operated on the CLS, of which 1194 (46.6%) LHE was produced, 347 (13.5%) patients operated from laparotomy access. In the presence of contraindications to LHE, 1022 (39.9%) patients underwent cholecystectomy from the mini-access. In MLHE lesions of extrahepatic bile ducts were noted in 2 (0.08%) patients. With LCE for the same period, 6 (0.23%) patients had a lesion of extrahepatic bile ducts. Thanks to the improved method of cholecystectomy from minilaparotomy access, Zakharov N.I. The number of complications decreased from 2.2% with the standard MLHE by M.I. Prudkov, up to 0,6% in the implementation of MLEFA on an improved method.

Key words: *cholelithiasis, cholecystectomy, minilaparotomy.*

Актуальность: В настоящее время в хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора. Высокая техническая оснащенность необходимая для ЛХЭ позволила сделать последнюю престижной операцией, имеющей преимущество в сроках лечения и реабилитации больных [2, 4, 9].

Вместе с тем лапароскопическая хирургия обострила и существовавшую в хирургии проблему - как ятрогения [1, 5, 10]. Опасность повреждения внепеченочных желчных путей при ЛХЭ выше чем, при лапаротомной и составляет 0,6% [4].

Хотя по данным литературы общая летальность после ЛХЭ, ниже чем после открытой холецистэктомии (ХЭ) (0,06-0,1% и 0,2 -0,4% соответственно), более 50% летальных исходов после лапароскопической операции обусловлено самим методом. А при лапаротомной ХЭ 90% летальных исходов связано с тромбоземболическими и дыхательными осложнениями [6, 7].

При широкой лапаротомии повышается операционная агрессия, что не желательно у больных с конкурирующей соматической патоло-

гией органов кровообращения и дыхания, и особенно в группе больных пожилого и старческого возраста [3, 6, 10]. В этой группе больных имеются веские противопоказания к ЛХЭ из-за необходимости создания напряженного пневмоперитонеума [2, 8]. Определенная часть осложнений после ЛХЭ сводится к обострению воспалительных процессов со стороны легких, а также имеющихся сердечно - сосудистых заболеваний. По нашему мнению, у этих пациентов, имеющих тяжелые конкурирующие сопутствующие заболевания, перенесших в анамнезе немало приступов острого холецистита с инфильтративным спаечным процессом в перивезикальной области перспективна ХЭ из минилапаротомного доступа. В литературе уделено недостаточно внимания этой операции, мало изучена техника проведения минилапаротомной холецистэктомии (МЛХЭ), недостаточно определены показания к проведению этого оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В хирургическом отделении 1 – городской больницы г. Самарканда за период 2008-2016 гг. по поводу ЖКБ оперированы 2563 больных, из них 1194 (46,6%) произведена ЛХЭ, 347 (13,5%) больных оперировали из

лапаротомного доступа. При наличии противопоказаний к ЛХЭ у 1022 (39,9%) больных произведена холецистэктомия из минидоступа. Возраст больных варьировал от 17 до 84 лет (средний возраст составил $58,46 \pm 13,24$ лет), среди них было: женщин – 801 (78,4%), мужчин – 221 (21,6%).

Операции из минилапаротомии, выполняли с помощью комплекта хирургических инструментов «миниассистент», разработанных М.И. Прудковым и производимых медицинской компанией «SAN» (Екатеринбург).

Набор инструментов для минилапаротомии включает: круг – опору для крепления зеркал – ретракторов (ранорасширитель); мобильные узкие зеркала, одно из которых снабжено точечным источником света, соединенным с помощью фиброволоконного световода с осветителем. Инструменты с изогнутой конфигурацией для улучшения визуализации операционного поля.

Под общим обезболиванием производился разрез передней брюшной стенки отступая на два поперечных пальца вправо от срединной линии и от реберной дуги вертикально вниз длиной до 5 см. После рассечения кожи и подкожной клетчатки вертикально вскрывалась передняя стенка влагалища прямой мышцы, затем волокна прямой мышцы живота расслаиваются влево и право, после чего разрезается задняя стенка влагалища последней и брюшина. Всегда стремились проникнуть в брюшную полость правее круглой связки печени, что облегчало дальнейшие хирургические манипуляции.

После вскрытия брюшной полости производили формирование операционного пространства, достаточного для необходимых хирургических манипуляций. Для этого было достаточно установить 4 ретрактора: по одному медиально и латерально для растягивания собственно брюшной стенки и фиксации ранорасширителя, одного в нижнем углу раны – для натягивания гепатодуоденальной связки и ретрактора с осветителем, который помещают в верхнем углу раны, он выполняет еще и роль печеночного крючка.

Первым устанавливаются два коротких крючка (зеркала и ретрактора) в перпендикулярном направлении к оси раны и их основная задача – растянуть рану в поперечном направлении и зафиксировать кольцевидный ранорасширитель. Следует учитывать, что угол наклона правого крючка (по отношению к оператору) должен быть избран таким образом, чтобы он не мешал манипуляциям на желчном пузыре. Левый крючок обычно устанавливали под углом близким к прямому. Третий, как указывалось выше, более длинный крючок устанавливается в нижнем углу раны. Этот крючок, как и рука ассистента при стандартной лапаротомной холецистэктомии «открывает» хирургу подпеченочное пространство,

за счет смещения поперечно-ободочной и двенадцатиперстной кишок вниз и влево.

Между крючками устанавливают изолирующие хирургические салфетки, которые, как и при лапаротомной холецистэктомии располагаются: влево – под левую долю печени, влево и вниз – для отведения желудка и большого сальника, вправо и вниз – для фиксации печеночного угла ободочной кишки и петель тонкой кишки.

Кроме перечисленных трех зеркал - расширителей используют зеркало со световодом, которое устанавливают в верхнем углу раны, и оно одновременно выполняет роль печеночного крючка.

При правильной установке крючков - зеркал, салфеток и световода оператор может достаточно отчетливо осмотреть нижнюю поверхность правой доли печени, желчный пузырь, а при его отведении за Гартмановский карман – печеночно-двенадцатиперстную связку и двенадцатиперстную кишку.

При выполнении МЛХЭ по методике М.И. Прудкова (417 больных) тракция за дно желчного пузыря и выведения ее в рану (как при лапаротомной ХЭ) значительно ухудшает визуализацию области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки.

Захаров Н.И. предложил технический прием (1996 г.) холецистэктомии из минидоступа [5], который значительно облегчает выполнение операции, эта методика нами применена у 605 больных.

После проведения минилапаротомии, через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральнее минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными брашнями. Зажимом захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально-вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку.

Проведению манипуляций, для пересечения пузырного протока и артерии, не мешают другие инструменты (при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову, это 2 зажима типа Люэра, которыми захватываются дно и шейка желчного пузыря).

После пересечения пузырного протока и артерии желчный пузырь удаляется из минилапаротомной раны. Дренажная трубка устанавливается в подпеченочной области и выводится наружу из ранее наложенного прокола на передней брюшной стенке.

Подобная тактика позволяет четко дифференцировать анатомические образования в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки и избежать повреждения внепеченочных желчных протоков.

Предлагаемая методика значительно облегчает действие оперирующего хирурга и способствует безопасному оперированию.

Считаем обязательным ушивание ложа желчного пузыря, что препятствует желчеистечению в послеоперационном периоде.

У 179 (17,5%) пациентов при большом растянутом желчном пузыре, имевшем место при эмпиеме желчного пузыря прибегали к предварительному его опорожнению посредством пункции и аспирации содержимого. При этом у 61 (34,1%) из них большие конкременты, затрудняющие визуализацию зоны треугольника Кало, были сдвинуты в сторону дна пузыря, что облегчало манипуляции на пузырном протоке и артерии, и одновременно повышало безопасность оперирования. Считаем обязательным дренирование подпеченочного пространства.

Результаты: При МЛХЭ повреждения внепеченочных желчных протоков отмечено у 2-х (0,08%) больных. При ЛХЭ за этот же период у 6 (0,23%) больных имело место повреждение внепеченочных желчных протоков. Желчеистечение отмечено у 4 (0,16%) больных после МЛХЭ и у 21 (0,82%) больного после ЛХЭ. МЛХЭ как конверсия ЛХЭ была выполнена 19 (0,74%) пациентам. Вместе с тем технические сложности при выполнении МЛХЭ потребовали перехода на лапаротомию у 6 (0,23%) пациентов.

Благодаря усовершенствованному способу холецистэктомии из минилапаротомного доступа по Захарову Н.И. уменьшилось число осложнений с 2,2% при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову, до 0,6% при выполнении МЛХЭ по усовершенствованному методу.

Выводы: 1. Операции на желчных путях из минилапаротомного доступа должны выполняться с применением специального набора инструментов «Миниассистент».

2. Предлагаемые усовершенствованные технические приемы существенно облегчают технику операции, способствуют безопасному оперированию.

Литература:

1. Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Ипполитов Л.И. и др. Холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни. Клиническая медицина. М., 2001; - №1. С. 50-55.
2. Галлингер Ю.И., Карпенко В.И., Мизиков В.И. и др. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. // Анналы хирургической гепатологии. М., 2002; -№7. - 1. С. 97.
3. Гарипов Р.М. Богдасаров Ю.В., Мусин Т. В. Выбор способа операции у больных с острым холециститом. Эндоскопическая хирургия. М., 2002; -№2. С. 28-29.

4. Давлатов С. С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом //Academy. – 2017. – №. 7. – С. 92-94.

5. Девятков А.В., Мансуров А.А., Хашимов Ш.Х. К вопросу о хирургической тактике по результатам лапароскопических и лапаротомных операции у больных с острыми формами калькулезного холецистита. Узбекистан, Ташкент: Вестник врача общей практики. 2003. -№3. С. 42.

6. Захаров Н.И. Способ холецистэктомии из минидоступа. Описание изобретения к патенту российской федерации RU (11) 2066123 (13) С1. 1996 г.

7. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Рахманов С.У. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита с повышенным операционным риском. // Эндоскопическая хирургия. 2003. № 6. С. 35-37.

8. Назиров Ф.Г., Джамалов С.И., Джураев И.И. «Малоинвазивная» холецистэктомия. // Узбекистан. Ташкент. Вестник врача общей практики. М., 2003; - №3. С. 46.

9. Прудков М.И. Возможности операций из малых доступов и применяемый инструментарий. Эндоскопическая хирургия. М., 2002; -№3. С. 48.

10. Dexter SP; Griffith JP; Grant PJ; McMahon MJ. Activation of coagulation and fibrinolysis in open and laparoscopic cholecystectomy. // Surg Endosc, 2004 Nov, 10:11, 1069-74.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, А.С. БАБАЖАНОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В хирургическом отделении 1-городской больницы г. Самарканда за период 2008-2016 гг по поводу ЖКБ оперированы 2563 больных, из них 1194 (46,6%) произведена ЛХЭ, 347 (13,5%) больных оперировали из лапаротомного доступа. При наличии противопоказаний к ЛХЭ у 1022 (39,9%) больных произведена холецистэктомия из минидоступа. При МЛХЭ повреждения внепеченочных желчных протоков отмечено у 2-х (0,08%) больных. При ЛХЭ за этот же период у 6 (0,23%) больных имело место повреждение внепеченочных желчных протоков. Благодаря усовершенствованному способу холецистэктомии из минилапаротомного доступа по Захарову Н.И. уменьшилось число осложнений с 2,2% при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову, до 0,6% при выполнении МЛХЭ по усовершенствованному методу.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холецистэктомия, минилапаротомия.