

**ОБЕДНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОСТУПА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Гященко А.М., Малоштан А.В., Журов Ю.Э., Иванников С.В., Пушкарь С.Н., Смачило
Р.М.**

Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) становится операцией выбора при лечении больных желчнокаменной болезнью не только в крупных хирургических центрах, но и в центральных районных больницах. При этом показания и противопоказания для применения лапароскопического способа удаления желчного пузыря отличаются в период освоения методики и в период "серийного применения". Залогом успешного выполнения ЛХЭ является последовательное выполнение всех деталей этого вмешательства.

Операция ЛХЭ состоит из трех этапов: операционный доступ (введение инструментов в брюшную полость и наложение пневмоперитонеума), выделение желчного пузыря и извлечение его наружу. Предметом данного исследования явился первый этап оперативного вмешательства. Самым распространенным доступом является методика Реддика-Олсена из четырех точек.

Технические особенности по введению иглы Вереща, наложения пневмоперитонеума с последующим "слепым" введением первого троакара описаны во многих руководствах по лапароскопической хирургии, а их соблюдение обеспечивает низкую частоту осложнений. Тем не менее, в литературе описан ряд тяжелых осложнений (ранения полых и паренхиматозных органов, магистральных сосудов). В нашей практике большинство осложнений были легкими, не имевшими существенного влияния на благоприятный исход операции. У 12(4,8%) больных наблюдалась эмфизема передней брюшной стенки или сальника, у двух (0,8%) - кровотечение из сальника, у одного (0,4%) - кровотечение из брыжейки тонкой кишки. Лишь в одном случае для ликвидации кровотечения, возникшего после введения первого троакара, потребовалась конверсия в открытую операцию.

Особого внимания заслуживает ЛХЭ при наличии рубцов на передней брюшной стенке после вмешательств на органах брюшной полости. Из 280 больных, леченных лапароскопическим методом, ранее оперированных было 159 (56,8%). Были выполнены следующие операции: аппендэктомия - 99(35,4%), гинекологические операции - 50(52,1%) больным (из них доступ по Пфаненштилю у 45 и у 5 нижнесрединная лапаротомия), операции на тонкой и толстой кишке - 3(1,1%), по поводу грыж - 2(0,7%), кист печени - 1(0,35%), резекции желудка по Бильрот II - 2(0,7%), операции на почках - 2(0,7%). Дважды оперированных было 14 больных (5%), трижды - 2 (0,7%).

На основании возникших трудностей во время ЛХЭ и осложнений считаем необходимым выделить два момента: а) влияние на операционный доступ; б)

влияние на собственно манипуляции по удалению желчного пузыря. При обеспечении доступа (наложение пневмоперитонеума и введение троакаров) придерживаемся следующих особенностей. Введение иглы Вереща и первого троакара осуществляется вдали от послеоперационного рубца или места предполагаемых спаек. Наличие верхнесрединного рубца обуславливает более безопасное проникновение в брюшную полость в подвздошных областях. Сочетание с рубцом после аппендэктомии обязывает использовать только левую подвздошную область.

После выполненных гинекологических операций, при которых использовалась нижнесрединная лапаротомия, наложение пневмоперитонеума и введение первого троакара мы осуществили под мечевидным отростком. Этот момент особенно важен после гинекологических онкологических операций, сочетающихся с лучевой терапией.

Особенно сложной является лапароскопическая методика у ранее оперированных больных на органах верхнего этажа брюшной полости (резекция желудка, кисты правой доли печени, резекции тонкой или толстой кишки и др.). Наложенный из подвздошных областей пневмоперитонеум не гарантирует отсутствие повреждений во время введения первого троакара. Поэтому у больных (2,1%) инсуффляция газа через иглу Вереща не выполнялась. Вместо этого мы производили минилапаротомию по средней линии выше пупка на 3-4 см, что на наш взгляд намного безопаснее. Затем вводился первый троакар и вокруг него накладывался кисет и затягивался. Только после этого инфулировался газ и вводились другие троакары под видеоконтролем.

Выполнение самой ЛХЭ значительно усложняется только после операций на органах, соприкасающихся с желчевыводящими путями. У нас — это резекция желудка по Бильрот-1 и резекция поперечно-ободочной кишки. Последовательное и осторожное выделение желчного пузыря и элементов треугольника Calot делает ЛХЭ выполнимой и целесообразной.

В 12 (7,5%) случаях мы встретились с таким осложнением как пневматизация сальника, что не потребовало дополнительных лечебных мероприятий. У одной больной с рецидивной пупочной грыжей был поврежден фиксированный сальник и образовалась гематома сальника. Осложнение потребовало выполнения минилапаротомии (5см), резекции пряди сальника с гематомой и пластики рецидивной пупочной грыжи.

Таким образом, тщательное следование правилам выполнения первого этапа лапароскопической операции является основным фактором успеха ЛХЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шорех Г.П., Завада Н.В. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №2. - с.15-19.
2. Cheng Kiony Kum., Eupascg E., Lefering R., Math D, Pavl A et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it

really safe?//World J.Surg.- 1996.-Vol.20.-N1.-p.43-49.

Lau W.Y., Leow C.K., Arthur K.C. History of endoscopic and laparoscopic surgery//World J.Surg.-1997.-Vol.21.- №4.- p.444-453.

РЕЗЮМЕ

Особливості виконання доступу при лапароскопічній холецистектомії

ищенко А.М., Малоштан А.В., Журов Ю.Е., Іванников С.В., Пушкарь С.Н., Смачило Р.М.

На основі спостережень за 280 хворими, яких лікували лапароскопічним методом, зроблено висновок про важливість впливу на операційний доступ та на власне маніпуляції по видаленню жовчного міхура для успішного проведення операції. Суворе дотримання правил виконання першого етапу лапароскопічної операції є основним фактором успіху лапароскопічної холецистектомії, що стає операцією вибору при лікуванні хворих на жовчокамінну хворобу.

SUMMARY

The peculiarities of the access in case of laparoscopic cholecystectomy

.M. Tyshchenko, A.V. Maloshtan, Yu.E. Zhurov, S.V. Ivannikov, S.N. Pushkar, R.M. Smachilo

On the basis of the observation of 280 patients treated by laparoscopy the conclusion was drawn about the important role of influence on the operational access and manipulation itself for the extraction of the gallbladder for the successive execution the operation. Strict sticking to the rules of the fulfilment of the first stage of laparoscopic operation is the main factor of the successive laparoscopic cholecystectomy which becomes the operation of choice in treatment of patients with cholelithiasis.