

Давлатов С.С.¹ <https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

Сайдуллаев З.Я.²

1. Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина
г. Бухара, Узбекистан
2. Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД МИНИЛАПАРОТОМНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Аннотация

Цель данной статьи — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью путем внедрения усовершенствованных хирургических методов.

Материалы и методы: В хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ в период 2020-2025 годов было прооперировано 1003 пациента с желчнокаменной болезнью, у 468 (46,6%) из них была лапароскопическая, 135 (13,5%) пациентов были прооперированы методом лапаротомии. В связи с наличием противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии у 400 (39,9%) пациентов была выполнена холецистэктомия через минимально инвазивный доступ.

Результаты: при минилапаротомический холецистэктомии повреждения внепеченочных желчных протоков наблюдались у 1 (0,09%) пациента, при лапароскопической холецистэктомии — у 3 (0,29%) пациентов соответственно. Усовершенствованный метод холецистэктомии через минилапаротомический доступ, разработанный Н.И. Захаровым, снизил количество осложнений с 2,2 до 0,6%.

Выводы: Операции на желчевыводящих путях через минилапаротомический доступ должны проводиться с использованием специального набора инструментов «Миниассистент». Усовершенствованные методики значительно облегчают технику операций и способствуют безопасному проведению хирургических вмешательств.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, минилапаротомия.

Davlatov S.S.¹

Saydullayev Z.Ya.²

1. Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina
Bukhara, Uzbekistan
2. Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

IMPROVED METHOD OF MINILAPAROTOMIC CHOLECYSTECTOMY

Abstract

This article aims to improve the results of surgical treatment of patients with gallstone disease by introducing improved surgical techniques.

Objective: To improve the results of surgical treatment of patients with cholelithiasis through the introduction of an improved method.

Materials and methods: In the department of Surgery of the multidisciplinary clinic of SamSMU for the period of 2020-2025 were operated 1003 patients with cholelithiasis, in 468 (46,6%) of them was laparoscopic, 135 (13,5%) patients were operated through laparotomy. Because of presence of contraindications to laparoscopic in 400 (39,9%) patients was performed cholecystectomy through minimal access. **Results:** at minilaparotomy injuries of extrahepatic bile ducts were observed in 1 (0,09%) patient, at laparoscopic - in 3 (0,29%) patients, respectively. Improved method of cholecystectomy by minilaparotomic access by N.I. Zakharov decreased number of complications from 2,2 to 0,6%.

Conclusions: The operations on the biliary tract through minilaparotomic access must be carried out using a special tool kit “Miniassistant”. Improved techniques significantly facilitate the technique of operations, facilitate safe operating.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, minilaparotomy.

Davlatov S.S.¹

Saydullayev Z.Ya.²

1. Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot instituti

Buxoro, O'zbekiston

2. Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

Samarqand, O'zbekiston

MINILAPAROTOMLI XOLESISTEKTOMIYANING TAKOMILLASHTIRILGAN USULI

Annotatsiya

Maqsad: Jarrohlik amaliyotlarining takomillashgan usulini joriy qilish yo'li bilan o't tosh kasalligiga uchragan bemorlarni jarrohlik bilan davolash natijalarini yaxshilash.

Material va usullar: SamDTU ko'p tarmoqli klinikasining jarrohlik bo'limlarida 2020-2025-yillarda o't tosh kasalligi bo'yicha 1003 nafar bemorda jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Ulardan 468 nafarida (46,6%) laparoskopik, 135 (13,5%) nafarida esa laparotom kirishdan xoletsistektomiya o'tkazildi. Laparoskopik xoletsistektomiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjudligida 400 nafar (39,9%) bemorlarda kichik kesim bilan xoletsistektomiya amalga oshirildi.

Natijalar: minilaparotom xoletsistektomiyadada jigardan tashqaridagi safro yo'llarini shikastlanishi 1 nafar (0,09%), laparoskopik xoletsistektomiyada esa 3 nafar (0,29%) bemorlarda aniqlangan. N.I. Zaxarovga ko'ra, minilaparotom kirishdan xoletsistektomiyaning takomillashgan usuli qo'llash bilan kasallik asoratlari sonining 2,2 foizdan 0,6 foizga qisqarishiga erishildi.

Xulosa: minilaparotom kirishdan o't (safro) yo'llaridagi jarrohliklar “Miniasistent (kichik yordamchi)” deb nomlanuvchi maxsus asbob-uskunalar yig'indisini qo'llagan holda amalga oshiriladi. Takomillashtirilgan texnik uslublar jarrohlik amaliyotlarini sezilarli yengillashtirishga yordam beradi hamda xavfsiz jarrohlik amaliyotini o'tkazish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: o't tosh kasalligi, xoletsistektomiya, minilaparotomiya.

Введение

Внастоящее время в хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является методом выбора. Высокая техническая оснащенность,

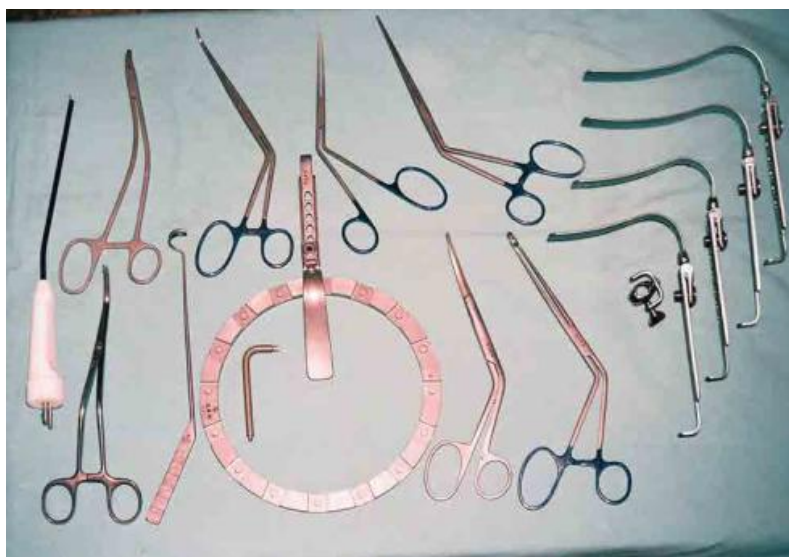
необходимая для ЛХЭ, позволила сделать последнюю престижной операцией, имеющей преимущество в сроках лечения и реабилитации больных [2,4,9]. Вместе с тем лапароскопическая хирургия обострила и существовавшую в хирургии проблему ятрогении [1]. Опасность повреждения внепеченочных желчных путей при ЛХЭ выше чем, при лапаротомной операции и составляет 0,6% [4]. Хотя, по данным литературы, общая летальность после ЛХЭ ниже, чем после открытой холецистэктомии (ХЭ) (соответственно 0,06-0,1 и 0,2-0,4%), более 50% летальных исходов после лапароскопической операции обусловлено самим методом, в то время как при лапаротомной ХЭ 90% летальных исходов связано с тромбоэмболическими и дыхательными осложнениями [6,7]. При широкой лапаротомии повышается операционная агрессия, что нежелательно у больных с конкурирующей соматической патологией органов кровообращения и дыхания, пожилого и старческого возраста [3,6]. У них имеются 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. Однако в литературе этой операции уделяется недостаточно внимания, мало изучена техника проведения минилапаротомной холецистэктомии (МЛХЭ), не определены показания к проведению этого оперативного вмешательства.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью путем внедрения усовершенствованного метода.

Материал и методы

В хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ за период 2020-2025 гг. по поводу ЖКБ оперированы 1003 больных, из них 468 (46,6%) произведена ЛХЭ, 135 (13,5%) больных оперированы из лапаротомного доступа. При наличии противопоказаний к ЛХЭ у 400 (39,9%) больных выполнена холецистэктомия из минидоступа. Возраст больных варьировал от 17 до 84 лет (средний возраст составил $58,46 \pm 13,24$ года), женщин была 786 (78,4%), мужчин – 217 (21,6%). Операции из минилапаротомного доступа осуществляли 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 имеют изогнутую конфигурацию для улучшения визуализации операционного поля (рис. 1).

Рисунок 1. Комплект инструментов «Миниассистент».



Результаты исследования. Под общим обезболиванием производился разрез передней брюшной стенки, отступя 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 расслаивались влево и право, после чего разрезалась 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, один в нижнем углу раны для натягивания гепатодуоденальной связки и ретрактор с осветителем, который помещали в верхнем углу раны; он выполнял еще и роль печеночного крючка. Первым устанавливали два коротких крючка (зеркала и ретрактора) в перпендикулярном направлении к оси раны, основная задача которых – 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 было отмечено выше, более длинный крючок устанавливали 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 (рис. 2).

Рисунок 2. Установка крючков-зеркал.



Между крючками устанавливали 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 трех зеркал-расширителей использовали зеркало со световодом, которое устанавливали в верхнем углу раны; оно одновременно выполняло 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 – печечно-двенадцатиперстную связку и двенадцатиперстную кишку.

При выполнении МЛХЭ по методике М.И. Прудкова (400 больных) тракция за дно желчного пузыря и выведение его в рану (как при лапаротомной ХЭ) значительно ухудшает визуализацию области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. У 605 больных нами был применен предложенный Н.И. Захаровым [5] технический прием холецистэктомии из минидоступа, который значительно облегчает выполнение операции. После проведения минилапаротомии через дополнительный прокол на передней брюшной стенке латеральное минилапаротомной раны в месте предполагаемой контрапертуры для установки дренажной трубки вводится мягкий зажим с длинными браншами, которым захватывается шейка желчного пузыря и осуществляется тракция латерально вверх. При этом хирург отчетливо видит область шейки желчного пузыря, гепатодуоденальную связку и двенадцатиперстную кишку (рис. 3).

Рисунок 3. Схема усовершенствованного способа холецистэктомии из минилапаротомного доступа по Н.И. Захарову [5]



Проведению манипуляций для пересечения пузырного протока и артерии другие инструменты (при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову это 2 зажима типа Люэра, которыми захватываются дно и шейка желчного пузыря) не мешают. 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 печечно-двенадцатиперстной связки и избегать повреждения внепеченочных желчных протоков. Предложенная методика значительно облегчает действие оперирующего хирурга и обеспечивает безопасное оперирование. Считаем обязательным ушивание ложа желчного пузыря, что препятствует желчеистечению в послеоперационном периоде. У 175 (17,4%) 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 254 (25,3%) 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. При МЛХЭ повреждение внепеченочных желчных протоков отмечалось у 1 (0,09%) больных. При ЛХЭ за этот же период повреждение внепеченочных желчных протоков имело место у 3 (0,29%) пациентов. Желчеистечение возникло у 2 (0,19%) больных после МЛХЭ и у 9 (0,89%) больного после ЛХЭ. МЛХЭ как конверсия ЛХЭ выполнена 10 (0,99%) пациентам. Технические сложности при выполнении МЛХЭ потребовали перехода на лапаротомию у 7 (0,69%) пациентов. Благодаря усовершенствованному способу холецистэктомии из минилапаротомного доступа по Н.И. Захарову число осложнений уменьшилось с 2,2% при стандартной МЛХЭ по М.И. Прудкову до 0,6% при МЛХЭ по усовершенствованному методу.

Выводы

1. Операции на желчных путях из минилапаротомного доступа должны выполняться с применением специального набора инструментов «Миниассистент».
2. Предложенные 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 // Клин. мед. – 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 хир. гепатол. – 2002. – №7. – С. 97.
3. Гарипов Р.М., Богдасаров Ю.В., Мусин Т. В. Выбор способа операции у больных с острым холециститом // Эндоскоп. хир. – 2002. – №2. – С. 28-29.
4. Девятов 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 // Вестн. врача общ. практ. – 2003. – №3. – С. 42.
5. Захаров Н.И. Способ холецистэктомии из минидоступа. Описание изобретения к Патенту Российской Федерации RU (11) 2066123 (13) C1. 1996.
6. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. и др. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита с повышенным операционным риском // Эндоскоп. хир. – 2003. – №6. – С. 35-37.
7. Назиров Ф.Г., Джамалов С.И., Джураев И.И. «Малоинвазивная» холецистэктомия // Вестн. врача общ. практ. – 2003. – №3. – С. 46.
8. Прудков М.И. Возможности операций из малых доступов и применяемый инструментарий // Эндоскоп. хир. – 2002. – №3. – С. 48.
9. Dexter S.P., Griffith J.P., Grant P.J., McMahon M.J. Activation of coagulation and fibrinolysis in open and laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 10, №1. – P. 1069-1074.
10. Сайдуллаев З.Я. Совершенствование хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Автореферат. – 2021. Стр. 27.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email для связи с автором
salimdavlatov@mail.ru		