

СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ ОДИН ДОСТУП

Левченко Н.В., Хрячков В.В.

1. Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, г. Ханты-Мансийск, Россия
2. УХМАО-Югра «Няганская окружная больница», хирургическое отделение №1, г. Нягань, Россия

Одной из важнейших задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных жёлчнокаменной болезнью путём разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ.

Материалы и методы исследования. В хирургическом отделении № 1 Няганской окружной больницы лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1995 г. До 2000 г. данная операция выполнялась нами посредством установки троакаров в четырёх стандартных точках. Накопленный опыт позволил нам в 2000г начать выполнять данную операцию с использованием трёх доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции жёлчного пузыря. При этом оказалось вполне достаточным использование одного зажима. Троакары устанавливали над пупком, субкифоидально и в пра-

вом подреберье. С 2003 г. троакар для тракции жёлчного пузыря дополнительно устанавливали в параумбиликальный доступ. Данный способ позволил выполнять операцию через два доступа — параумбиликальный и субкифоидальный.

В апреле 2005 г. впервые нам удалось успешно выполнить операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субкифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена кверху. После обнажения апоневроза в рану устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трёх троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции жёлчного пузыря мы стали вводить без троакара. При этом не отмечалось газотока и сохранялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции жёлчного пузыря.

По заявке №2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006 г. и нами получен патент РФ на изобретение №2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии».

С 2005г описанным способом нами выполнено 83 лапароскопических холецистэктомии из одного доступа. В исследуемой группе 69 (83%) женщин и 14 (17%) мужчин. В плановом порядке оперировано 65 (78,3%) пациента, с острыми формами холецистита 18 (21,7%) больных. Среди острых форм холецистита катаральный встретился у 9 (50%), флегмонозный у 7 (38,9%) и гангренозный у 2 (11,1%) больных.

Возраст больных от 9 до 70 лет. Распределение оперированных больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение оперированных через один доступ больных по возрасту

Возраст больных	Количество больных
до 20 лет	4 (4,8%)
20 — 29 лет	7 (8,4%)
30 — 39 лет	24 (29%)
40 — 49 лет	26 (31,3%)
50 — 59 лет	11 (13,2%)
свыше 60 лет	11 (13,2%)

Среди оперированных было 44 (53%) больных с ожирением 2 степени и выше. У всех больных операция заканчивалась без установки дренажа в брюшную полость.

Обсуждение полученных результатов.

На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С приоб-

ретением опыта и технических навыков показання расширяли. С 2008 г., используя описанный способ, операции выполнялись также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения.

Длительность оперативных вмешательств составила от 30 до 100 мин. Распределение длительности операций представлено в таблице 2.

Таблица 2

Длительность операций у больных, оперированных через один доступ

Длительность операций	Количество больных
до 30 мин	3 (3,6%)
30 — 45 мин	33 (39,8%)
46 — 60 мин	29 (34,9%)
61 — 75 мин	9 (10,9%)
76 — 90 мин	6 (7,2%)
свыше 90 мин	3 (3,6%)

Из приведённых в таблице 2 данных следует, что подавляющее количество 47 (56,6%) операций выполнено в интервале от 30 до 60 минут.

Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все больные активизировались (начинали вставать и ходить, обслуживать себя) в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве больные отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции.

У 3 (3,6%) больных на вторые сутки после операции отмечалось скопление небольшого количества серозно-геморрагической жидкости в подкожной клетчатке, в области раны, без признаков нагноения. Жидкость была эвакуирована на первой перевязке и раны зажили первичным натяжением.

Все больные выписаны с выздоровлением.

У четырёх пациентов, после установки видеолапароскопа и ревизии брюшной полости, выявлен выраженный спаячный процесс в области шейки жёлчного пузыря, что потребовало установки троакаров в типичных местах и проведения операции традиционным способом. Эти больные не были включены в группу исследования.

Время наблюдения за больными составляет более четырёх лет. Каких-либо осложнений, связанных с проведением операции через один доступ, мы не выявили.

Заключение. Выполнение лапароскопической холецистэктомии через один доступ при-

водит к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных. Очевиден косметический эффект. Считаем способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

МОЛОЧНАЯ СЫВОРОТКА В БОРЬБЕ С ОКИСЛИТЕЛЬНЫМ СТРЕССОМ

**Мельникова Е.И., Фисенко М.О.,
Новомлинская Н.Н.**

*Государственная технологическая академия
Государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко
Воронеж, Россия*

Неуклонная динамика роста так называемых «болезней цивилизации» (атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания, канцерогенез) обусловлена снижением активности естественной антиоксидантной системы организма вследствие чрезмерных физических и психических нагрузок, воздействия радиации, курения, инфекционных заболеваний и нарушения пищевого статуса. Важное значение для предупреждения окислительного стресса отводится продуктам питания с высокой антиоксидантной активностью, которые замедляют и прекраща-