

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування хворих на калькульозний холецистит.

Відомий спосіб видалення жовчного міхура, який ґрунтується на застосуванні косого бокового доступу у правому підребер'ї, субсерозному видаленні жовчного міхура [1].

Недоліком відомого способу є застосування при операції косого бокового розрізу, при якому спостерігається значна травматичність, що зумовлена пересіченням чотирьох груп м'язів - зовнішнього, внутрішнього косого, поперечного та частково прямого м'язів передньої черевної стінки у правому підребер'ї, а також великої кількості нервових закінчень, яка проявляється важкістю перебігу раннього поопераційного періоду, високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю у хворих літнього та старечого віку з супутньою серцево-легеневою патологією, що обумовлено значним зниженням функції зовнішнього дихання, тривалим поопераційним парезом, значними волемічними та метаболічними розладами та необхідністю інтенсивної інфузійної терапії.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалити спосіб холецистектомії, в якому шляхом проведення доопераційного сонографічного сканування передньої черевної стінки у правому підребер'ї досягається можливість визначення найкоротшого шляху для лапаротомії.

Поставлене завдання вирішують тим, що запропонований спосіб холецистектомії, що включає виконання лапаротомії, субсерозне видалення жовчного міхура, у якому, згідно з винаходом, до лапаротомії шляхом проведення сонографічного сканування передньої черевної стінки у правому підребер'ї визначають точку найменшої товщини передньої черевної стінки. точку проекції дна жовчного міхура та точку проекції його шийки і здійснюють лапаротомію, причому середина розрізу проходить через точку найменшої товщини передньої черевної стінки, а розріз поширюється рівномірно до точки проекції дна та до точки проекції шийки жовчного міхура при сумарній його довжині 3-4см без пересічення м'язів і нервових закінчень.

При розгляді технічного завдання було взято до уваги те, що прицільні операційні доступи без розсічення м'язів і нервових закінчень не призводять до зниження дихального об'єму в післяопераційному періоді, не супроводжуються значними волемічними та метаболічними порушеннями [2], дозволяють видалити жовчний міхур, а отже - досягти вилікування пацієнта з мінімальним операційним ризиком.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином: у положенні хворого на спині з припіднятим головним кінцем виконують сонографічне сканування точки найменшої товщини передньої черевної стінки у правому підребер'ї, яка відповідає місцю анатомічного з'єднання апоневрозів м'язів передньої черевної стінки і встановлюють локалізацію дна та шийки жовчного міхура, що позначають на шкірі. Після чого виконують косу мінілапаротомію паралельно реберній дузі у правому підребер'ї у найтоншій точці черевної стінки. розсікаючи тільки апоневротичні пластинки, відшаровуючи м'язи тупим шляхом. Субсерозну холецистектомію від дна виконують відомим способом.

Приклад 1.

Хвора М., 79 років, хворіє жовчнокам'яну хворобу 19 років. При поступленні артеріальний тиск (АТ) 150/90ммрт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) - 100/хв, центральний венозний тиск (ЦВТ) – 60мм.вод.ст. При екстреній сонографії виявлено - гострий обтураційний калькульозний холецистит. Розпочато консервативну протизапальну, спазмолітичну інфузійну терапію з метою ліквідації гострих запально-деструктивних явищ та розблокування жовчного міхура. На контрольній сонографії через 12 годин - відмічено наростання ознак деструкції стінки жовчного міхура та появу прозорого випоту у правому підпечінковому просторі.

Загальний аналіз крові при поступленні: еритроцити (Er) - 3.1717л: гемоглобін (Hb) -102,0 г/л: кольоровий показник (Кп) - 0,9; гематокрит (Ht) - 0,34; біохімічний аналіз крові: глюкоза - 4,0ммоль/л: білок - 62,3г/л; сечовина - 7,9ммоль/л; креатинін - 0,77ммоль/л; Na^+ -139,5ммоль/л, K^+ -3,4ммоль/л.

Супутня патологія - ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз, постійна форма миготливої тахіарitmії, недостатність кровообігу II-Аст. Хронічний обструктивний бронхіт у фазі ремісії, емфізема легень, легенева недостатність IIст.

У хворої діагностовано ЖКХ. Гострий деструктивний калькульозний холецистит, неефективність консервативної терапії, місцевий перитоніт та значний операційно-анестезіологічний ризик через важку супутню патологію.

Під час контрольної сонографічної дослідження визначили точку найменшої товщини передньої черевної стінки та місця проекції дна і шийки жовчного міхура на передню черевну стінку. Хвора взята в операційну в екстреному порядку. Виконана мінілапаротомія по зазначеній лінії в правому підребер'ї довжиною 4 см. Після гідропрепарування серозної оболонки жовчного міхура виконана класична холецистектомія від дна.

В післяопераційному періоді проводилась підтримуюча посиндромна терапія, спрямована на корекцію серцевого ритму, крововтрати, пригнічення шлункової секреції під контролем центрального венозного тиску, серцевою ритму, діурезу. Перистальтика та пасаж по кишківнику відновились на 2 добу післяопераційного періоду, прогресування серцево-легеневої недостатності та легеневих ускладнень не виявлено. На 7 добу післяопераційного періоду хвора з видуванням виписана.

Запропонований нами спосіб операційного доступу для холецистектомії застосували у 34 хворих на жовчнокам'яну хворобу з важкою супутньою серцево-легеневою патологією.

В усіх хворих відмічено раннє відновлення пасажу по травному тракту, що поряд з малою травматичністю доступу, низькими інтраопераційними волемічними втратами дозволило до мінімуму звести об'єм інфузійної терапії за рахунок ранньої ентєральної корекції волемічних та метаболічних розладів. Збереження цілісності м'язової стінки дозволило утримувати функцію зовнішнього дихання за рахунок збереження абдомінального компоненту на доопераційному рівні, що і зумовило відсутність легеневих ускладнень, прогресування серцевої недостатності, порушень ритму та провідності у всіх оперованих за нашою методикою хворих.

Таким чином, запропонований спосіб операційного доступу для холецистектомії забезпечує істотне зниження ризику операції за рахунок малої травматичності операційного доступу, що реалізується покращанням перебігу післяопераційного періоду, зменшенням кількості та об'єму інфузійної терапії у хворих на жовчнокам'яну хворобу з важкою серцево-легеневою патологією, що в свою чергу зменшує ризик ранніх поопераційних серцево-легеневих ускладнень та летальності у зазначених хворих.

Джерела, які слід взяти до уваги.

1. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. - М. - Медицина, 1965. -С.607.
2. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии. - М.: Медицина,1997.-792с