

УДК 616-072.1:616-089:611.98

© С. М. ВАСИЛЮК<sup>1</sup>, А. Г. ШЕВЧУК<sup>1</sup>, В. К. ЧУРПІЙ<sup>2</sup>Івано-Франківський національний університет<sup>1</sup>, Маловисківська ЦРЛ, Кіровоградська область<sup>2</sup>

## Оптимізація профілактики ускладнень при лапароскопічній холецистектомії у хворих, що перенесли операції на черевній порожнині

S. M. VASYLIUK<sup>1</sup>, A. H. SHEVCHUK<sup>1</sup>, V. K. CHURPIY<sup>2</sup>Ivano-Frankivsk National University<sup>1</sup>, Malovyskiv CRH, Kirovohrad region<sup>2</sup>

### OPTIMIZATION OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS AFTER OPERATIONS ON ABDOMINAL CAVITY

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) має ряд переваг, а коло протипоказань до неї, з набуттям досвіду, значно звузилось (М. Ю. Ничитайло, 2008). І все-таки наявність щільних паравезикулярних інфільтратів або вираженого спайкового процесу після перенесених в анамнезі операційних втручань на верхніх поверхнях черевної порожнини інколи спонукає до виконання традиційної холецистектомії або конверсії.

*Мета роботи:* оцінити можливості виконання лапароскопічних холецистектомій у хворих, які в анамнезі перенесли операції на черевній порожнині із застосуванням необхідних технічних і медикаментозних прийомів профілактики ускладнень.

Ми провели аналіз хірургічного лікування 454 хворих на калькульозний холецистит у хірургічному відділенні МКЛ № 1 за період 2010–2012 рр. Із гострим калькульозним холециститом (ГКХ) прооперовано 184 пацієнтів, із хронічним (ХКХ) – 270 хворих, в тому числі у 60 з них в анамнезі були лапаротомні операційні втручання. У 8 із цих хворих холецистектомію (ХЕ) виконано традиційно, причиною чого у 5 пацієнтів був паравезикулярний інфільтрат, ускладнений абсцедуванням, а у 3-х – виражений спайковий процес. У 14 хворих проведено конверсію, причиною якої у 9 пацієнтів був запальний інфільтрат, а у 5 – спайковий розповсюджений процес, при цьому в однієї хворої було пересічено холедох, який відновлено при лапаротомії на катетері Кера з добрим післяопераційним наслідком. Таким чином, у 432 хворих було виконано ЛХЕ, в тому числі у 52 із 60, які перенесли в анамнезі операції на органах черевної порожнини. Складність ЛХЕ у таких хворих полягає у введенні першого троакара. З метою профілактики пошко-

дження внутрішнього органа всім цим хворим виконували ультразвукове картографічне сканування передньої черевної стінки з маркуванням оперуючим хірургом вільної зони від підпаяних органів та визначення точки введення першого троакара. Це дало можливість майже уникнути пошкодження будь-якого органа, а в разі відсутності такої зони перший троакар вводили відкритим способом за методикою Н. Hasson. Тільки в однієї хворої при введенні голки Вереша було пошкоджено тонку кишку, яку ушито з міні-лапаротомного доступу, з наступним виконанням ЛХЕ. При ревізії черевної порожнини ми встановили різну локалізацію спайкового процесу. Так, у 2-х хворих, які перенесли пластику пупкової та епігастральної грижі, спайок не було. У правому підребер'ї вони мали місце у 6 хворих, у правому підпечінковому просторі – у 36 пацієнтів, у правій здухвинній ділянці – у 3 хворих, у малому тазу – в 3 пацієнтів, обширний спайковий процес був у 2-х хворих. У 10 пацієнтів не було необхідності виконання адгезіолізу, оскільки при виконанні ЛХЕ ми дотримувались принципу, при якому за відсутності клінічних ознак спайкової хвороби розсікали тільки ті структури, що заважали виконанню ЛХЕ. Адгезіотомію було виконано в 40 хворих. У 26-ти з них – між черевною стінкою і підпаяним сальником; у 7-ми – між черевною стінкою і тонкою кишкою; у 4-х – між жовчним міхуром і кишечником; у 3-х – між черевною стінкою і товстою кишкою. Враховуючи можливість пошкодження кишечника у таких хворих, усім їм напередодні операції проводили ретельну підготовку кишечника шляхом очищення його розрахованою дозою фортрансу або очисними клізмами. З метою профілактики гнійно-септичних ускладнень напере-

## ПОВІДОМЛЕННЯ

додні і під час операції здійснювали антибіотико-профілактику, зазвичай шляхом внутрішньовенного введення 1,0 цефтріаксону, який продовжували вводити після операції протягом 1–2 діб. При ГКХ його доповнювали іншими антибіотиками або препаратами метронідазолу протягом 5–7 діб. Це дало можливість уникнути нагнійних ускладнень у післяопераційному періоді. Летальних випадків не спостерігали.

*Висновок.* Перенесені в анамнезі операційні втручання на органах черевної порожнини є відносними протипоказаннями до ЛХЕ. З метою уточнення ділянки можливого введення першого троакара цим хворим показано картографічне сканування передньої черевної стінки. Зменшенню ускладнень після операції сприяють ретельна підготовка шлунково-кишкового тракту та адекватна антибіотикопрофілактика і терапія.

Отримано 22.04.13