

# Обмін досвідом

УДК 616.366-089.86:616-089.819

*М.Г. Гнатюк, М.В. Лянскорунський, С.І. Райчук*

## ВЛАСНИЙ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ІЗ МІНІЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ

Старокостянтинівська центральна районна лікарня (Хмельницька область)

**Резюме.** У даній статті наведено переваги холецистектомії із мінідоступу порівняно із традиційною та лапароскопічною холецистектоміями. Авторами представлено власний досвід виконання холецистектомії із мінідоступу з використанням запропонованого рано-

розширювача. Висвітлені результати лікування пацієнтів, які були прооперовані за даним методом, вказано на певні технічні особливості виконання оперативного втручання.

**Ключові слова:** холецистектомія, мінілапаротомія.

Гострий холецистит продовжує залишатися однією з актуальних проблем сучасної невідкладної хірургії. Важливість даної проблеми зумовлена не тільки широким розповсюдженням жовчочкам'яної хвороби, особливо серед пацієнтів літнього та старечого віку, а й необхідністю подальшого покращення результатів лікування [2, 3, 7].

В осіб літнього та старечого віку частота розвитку загальних післяопераційних ускладнень є вищою, ніж у пацієнтів інших вікових груп, що зумовлено загостренням наявної супутньої патології.

Останнім часом широкого розповсюдження набули лапароскопічні оперативні втручання, які безперечно є менш травматичними. Проте можливість застосувати їх у пацієнтів літнього та старечого віку, особливо із захворюваннями серцево-судинної та дихальної систем, різко обмежена. Це пов'язано з розвитком певних ускладнень, які можуть виникнути при накладенні напруженого пневмоперитонеуму, а також при застосуванні загального знеболення [1, 6, 8].

За даними Б.В. Харламова [6], 19 % пацієнтів літнього та старечого віку мають певні обмеження та протипокази для виконання лапароскопічної холецистектомії. Крім того, існує ряд інших протипоказів щодо виконання лапароскопічної холецистектомії, а саме: спайковий процес після перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини, великі вентральні грижі, виражені запально-інфільтративні зміни в ділянці операції [3, 6, 9].

У зв'язку з цим багато хірургів віддають перевагу способу холецистектомії із мінілапаротомного доступу, оскільки він має певні переваги порівняно з лапароскопічною холецистектомією. Це можливість вільно маніпулювати на спільній жовчній протоці, виконувати інтраопераційну холедохографію, трансдуоденальну папілосфінктеротомію, холедоходуоденоанастомоз. Незважаючи на майже однаковий косметичний ефект та тривалість раннього післяопераційного періоду, відсутні специфічні ускладнення, які характерні для лапароскопічної холецистектомії, а також можлива швидка конверсія мінідоступу на лапаротомію.

Оперативне втручання можливо виконати під перидуральною анестезією в лікарнях усіх рівнів. Загальна вартість лікування пацієнтів із застосуванням холецистектомії із мінідоступу в 1,4 раза менша, ніж при лапароскопічній холецистектомії або із традиційного доступу [1, 4, 5, 9, 10].

Все це свідчить про те, що холецистектомія із мінідоступу є альтернативою лапароскопічній холецистектомії та, безперечно, холецистектомії із традиційного доступу.

Упродовж 17 років, починаючи з 1995 року, у хірургічному відділенні Старокостянтинівської центральної районної лікарні виконано 986 холецистектомій із мінілапаротомного доступу. Показами до оперативного втручання були гострий та хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз. Серед оперованих осіб жінок було 794 (80,5 %), а чоловіків – 192 (19,5 %). Пацієнти літнього та старечого віку становили 38,7 % (382 особи). Середній вік пацієнтів склав  $54,97 \pm 0,319$  року.

Післяопераційні ускладнення спостерігали в семи пацієнтів: у двох осіб було нагноєння післяопераційної рани, в одного пацієнта мала місце післяопераційна грижа, у трьох осіб було жовчовитікання з ложа жовчного міхура, яке самостійно спинилося впродовж трьох діб, в одному випадку мало місце ятрогенне пошкодження спільної жовчної протоки.

Для доступу до жовчовивідних шляхів застосовуємо трансректальну лапаротомію в проекції жовчного міхура. З косметичною метою розріз шкіри, довжиною 3-4 см, виконували паралельно реберній дузі. Операцію розпочинали з ідентифікації спільної жовчної та міхурової проток, а також однойменної артерії, попередньо аспірувавши жовч із жовчного міхура. Для кращого освітлення операційної рани, при малих лапаротомних доступах довжиною до 4 см, використовували запропонований ранорозширювач, який поєднує в собі функції гачка та світовода-освітлювача (пат. 56720 А Україна, 2003).

Даний ранорозширювач являє собою гачок, виготовлений з органічного скла, дистальний кінець якого вигнутий під кутом 110-130°, має



Рис. Ранорозширювач: 1 – гачок; 2 – світловод; 3 – джерело світла

форму плоскої лопатки з поперечними канавками на кожному боці. Проксимальний кінець гачка має форму усіченого конуса та призначений для підключення його до джерела світла через світловод. При цьому світловий потік, відбиваючись від полірованих стінок гачка, майже не виходить назовні, а розповсюджується вздовж стінок його лопатки до поперечних канавок, де відбувається розсіювання світла (рис.).

За допомогою трьох або чотирьох марлевих серветок відмежовуємо місце операції від сусідніх органів. Холецистектомію виконували від шийки з електрокоагуляцією ложа жовчного міхура. Для зручного зав'язування лігатур у глибині операційної рани використовували вилку Виноградова. Оперативне втручання завершували встановленням у підпечінковий простір двох трубчастих поліхлорвінілових дренажів діаметром до 0,5 см. Рану шкіри ушивали, використовуючи безперервний внутрішній адаптуючий шов Холстеда.

На нашу думку, швидкість оперативного втручання безпосередньо залежить від анатомічних особливостей будови тіла пацієнта (товщини шкіри та м'яких тканин до очеревини, відстані від реберної дуги до жовчного міхура), запально-деструктивних змін жовчного міхура та діаметра операційної рани. У нашому випадку середня тривалість оперативного втручання становить  $57,08 \pm 0,513$  хвилин, що збігається з даними багатьох авторів [1, 6].

Використовуючи мінідоступ, нами виконано 11 холедоходуоденоанастомозів з приводу злоякісних пухлин голівки підшлункової залози, ускладненої механічною жовтяницею.

Завжди на першу добу, після виконання оперативного втручання, пацієнти починають вживати їжу, а з другої доби – вільно ходити по палаті. При цьому середній післяопераційний ліжкодень складає  $3,77 \pm 0,029$  доби.

З кількості проведених оперативних втручань у жодному випадку не було конверсій, оскільки при виникненні технічних труднощів або інтраопераційних ускладнень оперативний доступ розширювали шляхом подовження трансректальної лапаротомії.

Останні десять років ми майже всім пацієнтам виконували холецистектомію із мінідоступу. Подальші наші дослідження спрямовані на вдосконалення оперативного прийому та покращання косметичного ефекту.

#### Література

1. Аvasов Б.А. Холецистэктомия из минидоступа с применением малоинвазивных технологий: дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук : 14.00.27 / Аvasов Бактыбек Артисбекович. – М., 2006. – 115 с.
2. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит / П.С. Ветшев // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2005. – № 1. – С. 16-25.
3. Ермолов А.С. Острый холецистит: современные методы лечения / А.С. Ермолов, А.А. Гуляев // Леч. врач. – 2005. – № 2. – С. 16-18.
4. Колесников С.А. Техничко-тактические инновации в открытой лапароскопической хирургии минидоступа / С.А. Колесников, С.Г. Горелик, О.В. Захаров // Укр. ж. хирургии. – 2009. – № 3. – С. 88-90.
5. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами “открытой лапароскопии” в лечении желчнокаменной болезни : автореф. дис. на соиск. уч. ст. док. мед. наук: спец. 14.01.17 “Хирургия” / М.И. Прудков. – М., 1993. – 34 с.
6. Харламов Б.В. Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук: 14.00.27 / Харламов Борис Владимирович. – М., 2007. – 104 с.
7. Хирургія печінки та жовчовивідних шляхів / О.О. Шалімов, С.О. Шалімов, М.Ю. Ничитайло, Б.В. Доманський. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с., іл.
8. Annamaneni R.K. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly / R.K. Annamaneni, D. Moraitis, C.G. Cayten // Jsls. – 2005. – Vol. 9. – P. 408-410.
9. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity / J. Harju, P. Juvonen, M. Eskelinen [et al.] // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 583-586.
10. Olsen D.O. Minilap cholecystectomy / D.O. Olsen // Am. J. Surg. – 1993. – Vol. 165, № 3. – P. 440-444.

## СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

*Н.Г. Гнатюк, Н.В. Лянскорунский, С.И. Райчук*

**Резюме.** В данной статье указаны преимущества холецистэктомии из минидоступа по сравнению с традиционной и лапароскопической холецистэктомиями. Авторами представлено собственный опыт выполнения холецистэктомии из минидоступа с использованием предложенного ими ранорасширителя. Показаны результаты лечения пациентов, прооперированных этим методом, указаны определенные технические особенности выполнения оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** холецистэктомия, минилапаротомия.

## THE AUTHORS' OWN EXPERIENCE OF PERFORMING CHOLECYSTECTOMY BY MEANS OF A MINI-LAPAROTOMY ACCESS

*M.H. Hnatiuk, M.V. Lianskoruns'kyi, S.I. Raichuk*

**Abstract.** The present paper lists the advantages of cholecystectomy by means of a mini-lap access as compared with traditional and laparoscopic cholecystectomies. The authors have submitted their own experience of performing cholecystectomy via a mini access, using a retractor suggested by them. They have also ascertained the outcomes of treating patients operated according to this procedure, certain technical specific characteristics of performing a surgical interference have been pointed out.

**Key words:** cholecystectomy, mini-laparotomy.

Starokostiantyniv Central District Hospital (Khmel'nyts'kyi Region)

Рецензент – проф. В.П.Польвий

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 150-152

Надійшла до редакції 25.05.2012 року

---

© М.Г. Гнатюк, М.В. Лянскорунський, С.І. Райчук, 2012

УДК 618.1/.2:378.46

*А.В. Семеняк, О.А. Андрієць, Л.А. Кучук\**

## ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ»

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

\*Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці

---

**Резюме.** Нами сформовано дві випадкові групи студентів – перша (основна група) – студенти, які в процесі навчання, додатково, при курації використовували різноманітні психологічні тести для експериментально-психологічного обстеження психічних процесів та методи клінічно-психологічного дослідження особистості, та друга (контрольна група) – студенти, які вивчали дисципліну за загальноприйнятою методикою. Навчан-

ня студентів проводилося в однакових умовах. Оцінювали студентів за традиційною шкалою з урахуванням критеріїв оцінювання при поточному та підсумковому контролі. Важливим була наявність вірогідної різниці в рівні знань при оцінюванні на підсумковому контролі – успішність студентів першої групи вірогідно вища.

**Ключові слова:** викладання дисципліни, медична психологія.

---

**Вступ.** Медична (клінічна) психологія є одним із провідних напрямів психології та має найбільшу практичну цінність, оскільки кваліфікована допомога хворим може бути надана лише при комплексному підході, коли однаково включені медичний, психологічний та соціальний аспекти [1, 3].

Наразі, не є однозначно сформованими цілісні уявлення про багатогранні різноманітні механізми психологічних аспектів репродуктивної функції людини, чому перешкоджає відсутність загального біопсихосоціального підходу. У зв'яз-

ку з цим є актуальним уточнення визначень та виділення окремих напрямів психології, зокрема, перинатальної психології [2, 4].

Перинатальна психологія може бути своєрідною психосоматичною моделлю, що демонструє єдність психологічного та фізичного процесів у континуумі людського життя із самого початку. Це новий напрямок у медицині, метою якого є вивчення психічного стану плода та вплив на формування характеру [2, 5].

Перинатальна психологія визначається як сучасна галузь науки, що вивчає обставини та