



Безпека життя та охорона здоров'я - головні завдання сучасного суспільства

**Збірник доповідей студентської
регіональної наукової конференції**

Безпека життя та охорона здоров'я – головні завдання сучасного суспільства

Збірник доповідей студентської
регіональної наукової конференції

Випуск 5

Переваги лапароскопічної холецистектомії над відкритою операцією

Стеренчук Світлана, студентка Луцького базового медичного коледжу, III курс, спеціальність «Лікувальна справа»

Науковий керівник: Держас В.А., викладач хірургії

Значення післяопераційного періоду завжди було не менш важливим, ніж сам хід операції, адже саме в цей час можуть проявитись небажані ускладнення.

Післяопераційний період починається з закінчення хірургічного втручання і завершується повним одужанням хворого або набуттям ним стійкої втрати працездатності.

Післяопераційний період ділиться на три частини:

- ранній - 3-5 діб
- пізній - 2-3 тижні
- віддалений (реабілітації) - зазвичай від 3 тижнів до 2-3 місяців.

Важливим в післяопераційному періоді є харчування, дотримання дієти, а також помірні фізичні навантаження, відновлення функцій шлунково-кишкового тракту, але особливо важливим є психо-емоційний стан пацієнта, який після перенесеної операції хоче якомога швидше потрапити додому, адже будь-яке перебування в лікувальній установі, що зв'язане з проблемами зі здоров'ям є стресом для організму.

Актуальність. На сьогодні проблема післяопераційного відновлення є як ніколи актуальною. Дуже важливо відразу якомога швидше відновити працездатність та нормальне самопочуття пацієнта, попередити розвиток можливих ускладнень та нормалізувати стан всіх систем організму після перенесених оперативних втручань.

Мета. Довести переваги і недоліки післяопераційного відновлення після лапароскопічної холецистектомії та відкритої операції.

Завдання. Опрацювати історії хвороб пацієнтів Луцької міської клінічної лікарні, що перенесли лапароскопічну та відкриту холецистектомії, порівняти час перебування в стаціонарі, тривалість операції та повне післяопераційне відновлення пацієнтів обох груп.

Холецистектомія. Загальні дані.

Холецистектомія - це операція з видалення жовчного міхура.

Жовчний міхур - це тонкостінний орган травної системи, що є резервуаром жовчі, яка надходить по загальній печінковій та міхуровій протоках, і виробляється печінкою. Його без перебільшення можна назвати головним регулятором черевної порожнини, що забезпечує нормальний процес травлення.

Проте інколи під впливом нерегулярного харчування, постійних стресів, малорухливого способу життя та запальних процесів можуть виникати розлади в роботі жовчного міхура. Про це свідчать болі в правому підребер'ї, що виникають після прийому їжі. Крім того захворювання жовчного міхура відображається на всьому організмі. Так, пацієнти гастроентерологів, у яких діагностовано ті чи інші захворювання жовчного міхура, нерідко скаржаться на гіркоту в роті (це найбільш поширена ознака), лице набуває сіруватого відтінку, у деяких хворих відзначається підвищена пітливість і озноб.

При відсутності лікування ситуація посилюється: з'являються нудота, блювота, здуття живота та інші ознаки, характерні для тих чи інших захворювань жовчного міхура.

Показаннями до хірургічного лікування є:

- Жовчнокам'яна хвороба.
- Гостре і хронічне запалення жовчного міхура.
- Холестероз при порушеній функції жовчовиведення.
- Поліпоз.
- Деякі функціональні розлади

Операція з видалення жовчного міхура може бути проведена як класично, відкритим способом, так і з залученням малоінвазивних методик (лапароскопічно). Вибір методу визначає стан пацієнта, характер патології, розсуд лікаря і оснащення лікувального закладу. Всі втручання вимагають загального наркозу.

2. Лапароскопічна холецистектомія. Історія методу.

Лапароскопія (від грец. *Хажара* – пах, живіт, грец. *око́тсѐо* – дивлюся) – сучасний метод травматичної ендоскопічної хірургії. Операції на внутрішніх органах проводять через невеликі (діаметр – 0,5-1,5 см) 2-4 отвори за допомогою лапароскопа та лапароскопічних інструментів.

Незважаючи на те, що лапароскопічні операції почали масово проводитися в 90-тих роках минулого століття, про можливість проведення хірургічного втручання без довгих розрізів почали замислюватися ще в дев'ятнадцятому столітті. Хоча є історичні відомості про операції із застосуванням трубчастих інструментів, які проводилися в Месопотамії і Древній Греції. Але все ж прийнято вважати, що сучасна лапароскопія бере свій початок в 1805-му році. Саме в цей період акушер з Франкфурта вперше здійснив огляд піхви і уретри, застосовуючи для цього трубку, в яку було спрямоване світло від свічки.

Майже через сто років, в Німеччині, лікар-уролог Нітце, в тандемі з оптиком Райнке, конструює перший в історії медицини цистоскоп. Прилад був оснащений платиновими провідниками і лінзами, що заломлювали світло. Ця технологія зацікавила всю медичну громадськість і вже через чотири роки після появи цистоскопа, гінеколог з Росії Д.О. Отт проводить перший ендоскопічний огляд черевної порожнини, як джерело світла він використовує електричну лампу, рефлектор і систему дзеркал, які були введені живіт пацієнтки через піхву.

Перша лапароскопічна операція була проведена на собаці в 1902 році Георгом Келлінгом. Він зумів провести огляд очеревини, зробивши невеликі розрізи.

У наступні роки технологія лапароскопії розвивалася і

вдосконалювалася. Ставилися нові дослідди, допрацьовувалася конструкція інструментів.

Цікавий факт: голка для накладення пневмоперитонеума (заповнення газом черевної порожнини), винайдена угорським лікарем Яношем Верешем ще в 1938 році, повсюдно використовується і до цього дня.

Лапароскопічна операція, спочатку позиціонувалася лікарями як універсальна хірургічна методика, тому, незважаючи на всі складності, дослідження тривали, створювалися все нові і нові прототипи лапароскопічних інструментів.

У 60-х роках минулого століття в хірургічній школі міста Кіля, під керівництвом професора Курта Земма почали застосовувати автоматичний інсуфлятор. З його допомогою професор Земм зміг замінити 80% «відкритих» гінекологічних операцій. Примітно, що вже тоді він зміг досягти небувалого результату, відсоток післяопераційних ускладнень склав всього 0,28%. Професор Земм зміг довести всьому світові, що лапароскопічна операція - це універсальна інноваційна методика, що демонструє небувалі показники безпеки і точності.

Через 20 років, в 1986 році японські інженери конструюють матрицю, здатну трансформувати і передавати відеосигнал на монітор. Це ознаменувало нову еру в лапароскопії і вже в 90-х роках вона почала повсюдно застосовуватися.

Лапароскопія - операція, яка пройшла великий шлях, починаючи з глибокої античності і до наших днів. Сьогодні лапароскопія щорічно рятує мільйони життів.

Покази. Протипокази. Післяопераційний період.

Лапароскопічна операція визнана «золотим стандартом» лікування при хронічних холециститах і жовчнокам'яній хворобі, служить методом вибору при гострих запальних процесах. Безперечною перевагою методу

вважають малу операційну травму, короткий термін відновлення, незначний больовий синдром. Лапароскопія дозволяє пацієнтові покинути стаціонар вже на 2-3 день після лікування і швидко повернутися до звичного життя.

Етапи лапароскопічної операції включають:

- Проколи черевної стінки, крізь які вводять інструменти (троакари, відеокамера, маніпулятори);
- Нагнітання в живіт вуглекислоти для забезпечення огляду;
- Кліпування і відсікання міхурової протоки й артерії;
- Видалення жовчного міхура з черевної порожнини, інструментів і ушивання отворів.

Операція триває не більше години, але можливо і довше (до 2 годин) при складнощі доступу до ураженої області, анатомічних особливостях і т. д. Якщо в жовчному міхурі є камені, то їх подрібнюють перед витяганням органу на більш дрібні фрагменти. У ряді випадків по завершенню операції хірург встановлює дренаж в підпечінковий простір для забезпечення відтоку рідини, яка може утворитися внаслідок операційної травми.

Покази:

- Хронічний калькульозний холецистит
- Холестероз жовчного міхура
- Поліпоз
- Гострий холецистит

Протипокази:

1. Абсолютні

- Загальні (характерні для будь-якої лапароскопічної операції: гострий інфаркт міокарду, порушення мозкового кровообігу, коагулопатія та ін.)
- Рак жовчного міхура
- Інфільтрат в зоні шийки жовчного міхура
- Пізні терміни вагітності

2. Відносні

- Холедохолітиаз
- Гострий панкреатит
- Склероатрофічний жовчний міхур

Порожнинне видалення жовчного міхура передбачає серединну лапаротомію (доступ по середній лінії живота) або косі розрізи під реберною дугою. При цьому хірург має повний доступ до жовчного міхура і проток, можливість їх оглянути, виміряти, прозондувати, досліджувати з використанням контрастних речовин.

Відкрита операція показана при гострому запаленні з перитонітом, складних ураженнях жовчних шляхів.

Серед недоліків холецистектомії цим способом можна вказати велику операційну травму, поганий косметичний результат, ускладнення (порушення роботи кишечника та інших внутрішніх органів) та довше перебування пацієнта в стаціонарі.

Хід відкритої операції включає:

- Розріз передньої стінки живота, ревізію ураженої області;
- Виділення і перев'язку (або кліпування) міхурової протоки й артерії, що кровопостачає жовчний міхур;
- Відділення і витяг міхура, обробку ложа органу;
- Накладення дренажів (за показаннями), ушивання операційної рани.

Покази:

- Гострий і хронічний холецистит
- Жовчокам'яна хвороба
- Захворювання пухлинної природи

Відкрита холецистектомія доцільна на підставі повної клінічної картини, де доведено сильне запалення жовчного міхура, високий ступінь інфікування або встановлені великі камені, які неможливо видалити іншими методами.

Протипокази:

Характерні для будь-якої операції.

Післяопераційний період

Після холецистектомії хворі проводять в стаціонарі до двох тижнів, працездатність їх відновлюється через місяць або навіть пізніше.

Харчування після операції повинне бути частим. їсти слід малими порціями через кожні шість годин. У перший день після проведеної операції можна тільки пити. В основному можна пити мінеральну воду без газу, слабо заварений чай, свіжі, некислі овочеві, фруктові соки, розбавлені водою (1:1). Вночі слід від пиття утриматися.

Після виписки з лікарні необхідно харчуватися до 7 разів на день. Харчування має бути щадним, дробовим. Останній прийом їжі має бути не пізніше, ніж за пару годин до сну. Пити слід не більше 1,5 л. води за день, щоб не спровокувати різке виділення жовчі. Такий режим харчування повинен зберігатися не менше 2 тижнів.

На другий день, за рекомендацією лікаря, можна додати до раціону теплий протертий слизистий суп, не кислий кисіль, протерту, добре розварену рідку рисову кашу. Після виписки зі стаціонару слід дотримуватися щадної дієти, для делікатного навантаження на підшлункову залозу, шлунок, дванадцятипалу кишку, жовчні протоки.

Щоб прискорити процес одужання після операції з видалення жовчного міхура, слід носити спеціальний бандаж, проводити гімнастику для передньої черевної стінки. Гімнастику слід починати проводити через 1-1,5 міс. після виписки зі стаціонару.

Відразу ж після операції настає період реабілітації і вже в стаціонарі необхідно приступити до лікувальних процедур. Серед них лікувальна дихальна гімнастика. Вона необхідна для профілактики виникнення пневмонії, так як із-за зниження рухової активності і штучної вентиляції легень під час наркозу, пацієнт піддається ризику розвитку післяопераційних ускладнень.

З перші тижні після операції холецистектомії, і протягом наступних років хворому слід виключати з раціону дуже гарячу, жирну, гостру і смажену їжу. Харчуватися

хворий повинен маленькими порціями, але часто. За один прийом об'єм їжі повинен бути не більше 150-200 грамів. Дієта після операції видалення жовчного міхура повинна бути побудована за індивідуальною схемою харчування.

Практичні дослідження

В ході даної наукової роботи я опрацьовувала історії хвороб пацієнтів ЛМКЛ (Луцької міської клінічної лікарні) які перенесли відкриту та лапароскопічну холецистектомію.

Серед опрацьованих 50 історій хвороб, 25 осіб - перенесли відкриту холецистектомію.

Пацієнти що були оперовані, мали встановлені такі діагнози:

- хронічний панкреато-холецистит
- хронічний калькульозний холецистит
- гострий флегмонозний калькульозний холецистит
- гострий гангренозний калькульозний холецистит
- Основні показники, що були отримані:
- середній вік пацієнтів становив 55-60 років,
- кількість днів перебування в стаціонарі - 12-13,
- середня тривалість операції - 1,5=2 год.
- Серед пацієнтів що перенесли лапароскопічну холецистектомію показники наступні:
- середній вік пацієнтів 50 років,
- кількість днів перебування в стаціонарі 5-6 днів,
- тривалість операції 30 хв.

В пацієнтів обох груп рани загоїлись первинним натягом, ускладнень не виникло, але як доводить дослідження, пацієнти що перенесли лапароскопічну операцію були значно швидше виписані зі стаціонару, відповідно показник перебування в стаціонарі скоротився на 50%, так само як і тривалість операції.

Висновки

Даним науковим дослідженням я довела переваги лапароскопічної холецистектомії над відкритою операцією. Зокрема, це тривалість операції та відповідно вплив наркозу на організм людини, вигляд косметичного шва, кількості днів перебування в стаціонарі та післяопераційного відновлення,

що включає в себе нормалізацію роботи шлунково-кишкового тракту, швидше повернення до звичної фізичної активності та дотримання суворої дієти. Після лапароскопічної холецистектомії також зменшується ризик розвитку післяопераційних гриж та гнійних ускладнень з боку операційної рани.

Таблицю, що Ілюструє переваги та недоліки кожного з методів холецистектомії можна переглянути у Додатку 1.

Отже, підхід до кожної операції особливий, тому пацієнт і його лікар мають враховувати всі переваги і недоліки, покази і протипокази того чи іншого виду холецистектомії. Проте моє дослідження доводить, що лапароскопічні операції мають суттєву низку переваг.

	Лапароскопічна холецистектомія	Відкрита холецистектомія
Показання	- Гострий і хронічний холецистити - Жовчокам'яна хвороба	- Гострий і хронічний холецистити - Жовчокам'яна хвороба - Захворювання пухлинної етіології
Протипоказання	Має	Не має
Підготовка до операції	Звичайна	Звичайна
Тривалість операції	30 хв	1,5-2 год
Вимоги до обладнання	Лапароскопічне обладнання	Звичайні хірургічні інструменти
Вимоги до кваліфікації хірурга	+++	++
Анестезія	Загальний наркоз	Загальний наркоз
Кількість і довжина розрізів	3-4 розрізи довжиною 0,5-1см	Один розріз довжиною 15-20 см
Біль після операції	+	+++
Розвиток післяопераційних гриж	-	2-3 1
Косметичний дефект	+	+++
Харчування після операції	В 1 -й день можна їсти і пити	В 1-й день можна пити, 3 2-го дня їсти
Руховий режим	В 1 -й день можна сідати, на 2-й ходити	На 3-4-й день можна ходити
Тривалість : перебування в стаціонарі	5-6 днів	12-13 днів
Непрацездатність	До 20 днів	До 2-3 місяців
Фізичні навантаження	Через 5 тижнів	Через 2-2,5 місяці