

ст., серцево — судинні наслідки спостерігаються в зменшенні об'єму кровотоку серця за хвилину, відновлення якого досягається збільшенням системного судинного опору, що в свою чергу знижує венозний відтік і збільшує внутрішньогрудний тиск. ВЧТ передається на всі черевні і заочеревинні судини. Найбільш страждають венозний та лімфатичний відток, тим самим збільшуючи руйнівну силу впливу підвищеного ВЧТ на заочеревинний простір і нирковий кровоток. Компресія ниркових вен викликає часткову закупорку ниркового кровотоку, а компресія черевного відділу аорти і ниркових артерій сприяє збільшенню ниркового судинного опору. Надалі, пряма компресія нирок підвищує кортикальний тиск, що веде до формування синдрому підвищеного ниркового тиску, що також супроводжується порушенням функції нирок. Так, ВЧТ від 15 до 20 мм рт. ст. може викликати олігурію.

Складні, несприятливі наслідки підвищеного ВЧТ розвиваються, коли тиск передається на сусідні паренхіматозні органи — печінку та селезінку. Кровоток ворітної вени, мікросудинний кровоток зменшені та уповільненні. Особливо страждає мікросудинний кровоток, що сприяє розвитку портальної токсемії, а за тим і бактеріємії, як одного з важливих факторів ендогенної інтоксикації.

Наведений сценарій розвитку патогенетичних змін підкреслює актуальність проблеми вибору обсягу оперативного втручання у хворих з великими вентральними грижами та ускладнення, які підстерігають в ранньому післяопераційному періоді.

Виявленні чинники кореляції ВЧТ і послідовності патогенетичних змін дозволяють проводити превентивну терапію ускладнень.

ТЕХНІКА ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ ВВЕДЕННЯ ПЕРШОГО ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

А. П. Радзіховський, Є. Б. Колесников, М. А. Мендель, К. В. Туманов, Ю. В. Павлович

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння використання стандартної точки введення першого троакара по стандартному анатомічному орієнтиру — пупку (в пупковому кільці, або безпосередньо над пупком) має певні недоліки. У хворих на ожиріння збільшена відстань між пупком і шийкою жовчного міхура. Оптимальною відстанню є 15—20 см, а при ожирінні вона може досягати 25—30 см. Це приводить до того, що у пацієнта з ожирінням, при стандартному введенні першого троакара відбувається погіршення візуалізації структур із—за неможливості адекватно наблизити лапароскоп до зони маніпуляцій, а також зменшується огляд із—за збільшеного сальника, що може привести до збільшення числа ускладнень при дисекції структур в області шийки жовчного міхура.

Метою роботи є аналіз розробленого способу визначення місця введення першого троакара для лапароскопічної холецистектомії у хворих з ожирінням, який, за рахунок визначення оптимальної відстані між зоною дисекції і точкою введення троакара, забезпечує оптимальну візуалізацію структур в області шийки жовчного міхура.

Нами розроблений спосіб визначення точки введення першого троакара (Патент на корисну модель № 74981). До операції додатково проводять ультрасонографічне дослідження у В—режимі за допомогою секторального датчика 2,5—5 Мгц з візуалізацією шийки жовчного міхура (точка С), вимірюють відстань від шийки жовчного міхура до черевної стінки, позначають точ-

ку проєкції шийки жовчного міхура на черевну стінку (точка В). Потім розраховують відстані від точки В до точки введення першого троакара (точка А) по наступній формулі:

$$AB = \sqrt{AC^2 - BC^2},$$

де відстань АС складає 20 см.

Певну відстань відмірюють від точки В по середній лінії живота, на якій і відзначають точку введення першого троакара А. В позначеній точці вводять перший троакар.

Індивідуальне визначення точки введення першого троакара дозволяє поліпшити візуалізацію структур в черевній порожнині, підвищити безпеку виконання лапароскопічної холецистектомії і зменшити кількість ускладнень.

Запропонований спосіб виконаний в 15 хворих з жовчнокам'яною хворобою і ожирінням, інтраопераційних і післяопераційних ускладнень при цьому не спостерігали, в той час, як при використанні звичайного способу визначення місця введення першого троакара в двох з 20 хворих виникли інтраопераційні кровотечі при дисекції структур, а в двох — проникнення в просвіт жовчного міхура з контамінацією черевної порожнини жовчю.

Таким чином, вживання даного способу дозволяє зменшити кількість ускладнень і підвищити безпеку виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння.