

УДК 617-089+616.361+616.381-072

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ф.Н. Ильченко, М.М. Сербул, Н.С. Бордан, Э.Э. Аблаев

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Реферат. В статье проанализированы результаты лечения 70 больных с острым холециститом, осложненным инфильтратом и абсцессом и 79 – с хроническим холециститом, осложненным рубцово-спаечным процессом. Частота осложнений при хроническом и остром холецистите составила 8 и 10% соответственно, а частота конверсии 2 и 6,7%. Возникновение осложнений определяет необходимость прогнозирования до операции технических сложностей и вероятность нестандартного выполнения лапароскопической холецистэктомии, что может позволить минимизировать риск возникновения таких осложнений.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, лечение.

При выполнении лапароскопических операций у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) для обеспечения удовлетворительного результата важным является строгое соблюдение общепринятых стандартов миниинвазивной техники вмешательства [1, 2, 3, 7, 8]. Это связано с тем, что на каждом этапе такой операции, начиная от вхождения в брюшную полость и заканчивая извлечением желчного пузыря с ушиванием дефекта апоневроза возможно развитие различных осложнений. Значительно увеличивается их риск у больных с осложненными формами ЖКБ [2, 4, 5, 6, 9, 10].

К осложненным формам патологии при остром и хроническом холецистите мы относим: перивезикулярный инфильтрат и абсцесс, ост-

рый билиарный панкреатит, перихолецистит, рубцово-сморщенный желчный пузырь, спаечную болезнь после ранее перенесенной операции на органах брюшной полости [2].

В задачу исследования входила разработка оптимального алгоритма лапароскопической операции у больных с осложненными формами ЖКБ, который позволяет обеспечить ее безопасность и минимизировать возможность возникновения различных интраоперационных осложнений.

Материал и методы

Наш подход к решению этого вопроса основан на анализе клинических, анатомических и технических факторов риска таких осложнений. Для этого изучены результаты хирургического лечения 149 больных с осложненными формами холелитиаза при остром и хроническом холецистите (1 и 2 группы соответственно) у которых была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Структура этих больных в зависимости от характера патологии приведена в таблице 1.

Среди 70 больных 1 группы 48 было с острым холециститом, осложненным перипузырным инфильтратом, 12 с острым холециститом, осложненным перипузырным абсцессом, у 10 больных этой группы были выявлены явления острого билиарного панкреатита. Их них 26 больных было с катаральным холециститом, 38 – с

Таблица 1
Распределение обследованных больных в зависимости от характера осложнения желчнокаменной болезни при остром и хроническом холецистите

№ группы	Характер осложнения ЖКБ	Число наблюдений
1-я группа (острый холецистит)	Перипузырный инфильтрат	48
	Перипузырный абсцесс	12
	Острый билиарный панкреатит	10
	Всего	70
2-я группа (хр. холецистит)	Перихолецистит	30
	Рубцово сморщенный желчный пузырь	20
	ЖКБ+спаечная болезнь после ранее перенесенной операции	29
Всего		149

флегмонозним, 6 – с гангренозним. У 35 больных имела место эмпиема желчного пузыря.

Из 79 обследованных больных с хроническим холециститом у 20 имел место рубцово-сморщенный желчный пузырь, у 30 – перихолецистит, у 29 – спаечная болезнь после перенесенной ранее лапаротомии.

Результаты и обсуждение

Особенности лапароскопической операции при перипузырном инфильтрате и абсцессе были следующие. Наибольшие сложности в этой группе были при выделении желчного пузыря из самого инфильтрата, из сращений с соседними органами, при дифференцировке элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, при выделении пузырного протока и пузырной артерии из инфильтрата и сращений с соседними органами, а также при отделении желчного пузыря от ложа в печени.

При выделении желчного пузыря из инфильтрата и сращений с соседними органами технически рискованным было отделение стенки пузыря от окружающих стенок полых органов – желудка и кишечника (39 больных). Часто желчный пузырь был полностью окутан сальником, при этом спаечный процесс распространялся по краю долей печени к висцеральной и диафрагмальной ее поверхности (16 больных). Это значительно усложняло разделение спаек между стенкой желчного пузыря и стенкой полого органа и существенно повышая риск их повреждения.

Выраженный спаечный процесс нередко делал весьма проблематичной препаровку тканей в области шейки желчного пузыря в зоне соединения желчного протока с желчным пузырем (26 больных).

Выделение желчного пузыря из сращений выполняли от шейки, от тела или от дна. При

выделении пузырного протока из спаек чаще с техническими трудностями удавалось дойти до впадения его в общий желчный проток. Иногда выделение пузырного протока было технически проблематичным. В этом случае широко рассекали брюшину вдоль шейки и тела желчного пузыря и мобилизовали его от тела, четко визуализируя границы желчного пузыря и печени, и пузырную артерию.

При невозможности выделить пузырный проток от шейки или от тела удаление желчного пузыря производили от дна. Выделение желчного пузыря от шейки выполнено в 34 случаях, от тела в 10 случаях и от дна у 4 пациентов.

У больных с перипузырным абсцессом в обязательном порядке проводили тщательную санацию и дренирование подпеченочного пространства. Длительность операции в этой группе составила в среднем $84 \pm 12,6$ минут.

У больных с острым билиарным панкреатитом технической особенностью была необходимость ревизии брюшной полости и малого сальника. Из 10 больных геморрагический выпот в брюшной полости был выявлен у 6 больных. Преимущественно он находился в подпеченочном пространстве и по правому боковому каналу. Это потребовало санации брюшной полости и дополнительного дренирования малого сальника. При ревизии малого сальника, после рассечения желудочно-ободочной связки, у 3 больных был выявлен жировой панкреонекроз, а у остальных отечная форма панкреатита. Дренирование малого сальника было выполнено у 4 больных. Техника лапароскопической холецистэктомии была традиционной. Послеоперационных осложнений в этой группе больных не было.

У 50 обследованных больных с рубцово-сморщенным желчным пузырем и перихоле-

Осложнения и конверсии после ЛХЭ при остром и хроническом холецистите

Таблица 2

№ группы	Характер осложнения	Число осложнений
1-я группа, n= 60 (больные с перипузырным инфильтратом и абсцессом)	Подтекание желчи по контрольному дренажу	5
	Кровотечение	1
	Всего	6 (10%)
	Конверсия	4 (6,7%)
2-я группа, n= 50 (больные с рубцово-сморщенным желчным пузырем и перихолециститом)	Подтекание желчи по контрольному дренажу	3
	Кровотечение	1
	Всего	4 (8%)
	Конверсия	1 (2%)

циститом длительность заболевания была в пределах от 1 до 16 лет. Все больные поступили в плановом порядке. Длительность операции составила в среднем $78,6 \pm 14,7$ минут.

Технические особенности ЛХЭ в этой группе незначительно отличались от операций при остром холецистите и инфильтрате.

Структура осложнений и число конверсий после ЛХЭ при остром и хроническом холецистите представлены в таблице 2.

Осложнения после операции при остром холецистите отмечены у 6 пациентов: непродолжительное (в течение 2-4 суток) подтекание желчи по контрольному дренажу было у 5 больных и у 1-го это потребовало релапароскопии. Еще у одного больного была выполнена релапароскопия по поводу кровотечения.

Конверсия выполнена у 4 больных. Причины перехода на традиционную операцию были следующие: повреждение холедоха у 1 больного (наложен гепатикоюноанастомоз); невозможность четкой дифференцировки элементов гепатодуоденальной связки у 3 больных; кровотечение у 1 больного.

Осложнения после плановых операций отмечены у 4 пациентов: подтекание желчи по контрольному дренажу у 3 больных и кровотечение, потребовавшее выполнения релапароскопии у 1-й больной. Переход на лапаротомию потребовался у 1 больного.

При ЖКБ в сочетании со спаечным процессом у 29 больных основной технической проблемой был операционный доступ. У всех больных его выполняли по Хассон – открытой микролапаротомии. После установки 1-го троакара и видеокамеры устанавливали дополнительные троакары и проводили лапароскопическое рассечение спаек только в пределах обеспечения оптимального доступа для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Техника же самой ЛХЭ не отличалась от традиционной при не осложненном холецистите. Вместе с тем, у одного больного возникли явления послеоперационной спаечной непроходимости кишечника, что потребовало выполнения лапаротомии.

Таким образом, судя по числу осложнений, более сложным техническим вариантом при ЛХЭ является наличие перипузырного инфильтрата и абсцесса. Для профилактики таких осложнений обосновано использование хирургом нестандартной техники выполнения лапароскопической операции и использование приемов принятых в открытой хирургии желчно-каменной болезни. Это оправдано и при ЛХЭ у больных с рубцово-сморщенным желчным пузырем и перихолециститом.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите, осложненном перипузырным инфильтратом и абсцессом, а также хроническом холецистите, осложненном рубцово-сморщенным желчным пузырем и перихолециститом – технически сложное оперативное вмешательство, сопровождающееся осложнениями у 8-10% больных и конверсией в открытую операцию у 2-6,7%.

2. Относительно высокая частота осложнений при осложненном холецистите определяет необходимость прогнозирования до операции технических сложностей и вероятность нестандартной техники выполнения ЛХЭ, что может позволить минимизировать риск возникновения таких осложнений.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Ф.Н. Ильченко, М.М. Сербул, Н.С. Бордан, Е.Е. Аблаев

Реферат. У статті проаналізовані результати лікування 70 хворих з гострим холециститом, ускладненим інфільтратом і абсцесом і 79 – з хронічним холециститом, ускладненим рубцово-спаечним процесом. Частота ускладнень при хронічному і гострому холециститі склала 8 і 10% відповідно, а частота конверсії 2 і 6,7%. Виникнення ускладнень визначає необхідність прогнозування до операції технічних складнощів і вірогідність нестандартного виконання лапароскопічної холецистектомії, що може дозволити мінімізувати ризик виникнення таких ускладнень.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, ускладнення, лікування.

LAPAROSCOPIC OPERATION FEATURES AT THE COMPLICATED FORMS OF BILE-STONES DISEASE

F.N. Il'chenko, M.M. Serbul, N.S. Bordan, E.E. Ablaev

Abstract. In the article 70 patients treatment results with infiltrate and abscess complicated acute cholecystitis and 79 – with scar-adhesive process complicated chronic cholecystitis are analysed. Frequency of complications at chronic and acute cholecystitis was 8 and 10% accordingly, and frequency of conversion 2 and 6,7%. The origin of complications is determined the technical complications and probability of non-standard implementation of laparoscopic cholecystitis prognosis necessity before operation, that can allow to minimize such complications origin risk.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, complications, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко И.Л. и др. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
2. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
3. Экстренная хирургия желчных путей / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др. – Донецк: ООО «Лебедь». – 2005. – 434 с.
4. Ярема И.В. Качество жизни больных с хроническим калькулёзным холециститом после открытых и лапароскопических операций / И.В. Ярема, Б.С. Корняк, Н.В. Гамгия // Эндоскопия, хирургия. – 2006. – №2. – С. 161 – 162.
5. Ярешко В.Г. Хирургическая тактика при осложненной желчекаменной болезни / Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Перегуда Н.С. // Проблемы, достижения и перспективы развития медико – биологических наук и практического здравоохранения: Тр. КГМУ им. С.И. Георгиевского. – Симферополь, 2008. – Т. 144, Ч. 1. – С. 285 – 287.
6. Cheon Y.K. Identification of risk factors for stone recurrence after endoscopic treatment of bile duct stones / Cheon Y.K., Lehman G.A. // European Journal of Gastroenterology & Hepatology. – 2006. – Vol. 18, №5. – P. 461 – 464.
7. Eldar S. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial / Eldar S., Sabo E., Nash E. // World. J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. – 540 – 545.
8. Martin DJ. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (Review) / Martin D.J., Vernon D.R., Toouli J. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – Vol. 19, №2. – P. 323 – 327.
9. Hunt D.R. Gangrenous cholecystitis in the laparoscopic era / Hunt D.R., Chu F.C. // Aust. N.Z. J. Surg. – 2000. – Vol. 70. – P. 428 – 430
10. Tsumura H. An evaluation of laparoscopic cholecystectomy after selective percutaneous transhepatic gallbladder drainage for acute cholecystitis / Tsumura H., Ichikawa T., Hiyama E. et al. // Gastrointest. Endosc. – 2004. – Vol. 59 – P. 839 – 844.