



Т. И. Тамм,
А. П. Захарчук,
К. А. Крамаренко,
В. В. Непомнящий,
И. Н. Мамонтов,
Хамам Аббуд

*Харьковская медицинская
академия последипломного
образования*

© Коллектив авторов

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 217 больных с острым и 377 с хроническим калькулезным холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Конверсионная холецистэктомия выполнена у 2 больных с острым и 10 с хроническим калькулезным холециститом. В группе больных с острым холециститом ятрогенных повреждений холедоха не было. У 2 (0,5 %) больных ЖКБ возникли повреждения протоков. Для предупреждения осложнений при выполнении ЛХЭ необходимо учитывать результаты УЗИ ЭРХПГ, а также соблюдать последовательность в этапах лечения.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, конверсия.

Введение

В течение многих лет лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является золотым стандартом лечения пациентов с неопухолевыми заболеваниями желчного пузыря, позволяющая снизить частоту осложнений и значительно улучшить течение послеоперационного периода [1]. Однако при ее выполнении существенно повышается риск повреждения внепеченочных желчных протоков и сосудистых образований. Одни авторы считают, что наиболее часто это происходит при деструктивных формах острого холецистита [2, 3]. Другие — что причиной ятрогенных повреждений чаще всего является вариабельность анатомического расположения трубчатых структур в области гепатодуоденальной связки и ложа желчного пузыря, обусловленная с одной стороны, особенностями эмбрионального развития этой зоны, а с другой — приобретенными рубцово-воспалительными изменениями при длительно существующей ЖКБ [1, 4].

В литературе до сих пор нет единого мнения в определении показаний к выполнению конверсионной холецистэктомии. Одни авторы являются сторонниками конверсии по «благоразумию», где показанием служит фактор времени [2, 4]. Другие показанием к конверсии считают возникшую «необходимость», связанную с ятрогенным повреждением протоков, сосудов и близлежащих органов [1, 5].

По литературным данным частота конверсии при выполнении ЛХЭ у больных с хроническим воспалением желчного пузыря составляет 1,4–7 %, а при остром — 3,6–30 % [2, 5].

Цель исследования

Изучить причины конверсии при выполнении лапароскопической холецистэктомии и

разработать мероприятия, направленные на их профилактику.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты хирургического лечения 594 больных с желчекаменной болезнью в возрасте 18–81 год, поступивших в клинику в период с 2010 по 2013 гг. В качестве обследования больным выполняли общеклинические, биохимические исследования и ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов с целью определения характера их поражения, а также по показаниям папиллоскопию и ЭРПХГ. Оперативное вмешательство выполняли под общей анестезией с применением миорелаксантов.

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что среди поступивших больных хронический калькулезный холецистит диагностирован у 377 (63 %) пациентов, острый — у 217 (37 %). Подавляющее количество прооперированных больных (67 %) составили женщины.

Среди пациентов с хроническим калькулезным холециститом у 155 (41 %) наблюдались осложненные его формы: 56 — водянка желчного пузыря, 45 — его склерозирование, 35 — эмпиема желчного пузыря, у 19 исследуемых диагностирована механическая желтуха, причиной которой в 12 наблюдениях был холедохолитиаз, а в 7 — стеноз большого дуоденального соска (БДС).

У исследуемых с острым калькулезным холециститом острый катаральный холецистит диагностирован у 102 пациентов, острый флегмонозный — у 79 и гангрена желчного пузыря диагностирована у 46 больных. У 26 больных

отмечено осложненное течение острого калькулезного холецистита: у 6 пациентов диагностирован местный перитонит без нарушения целостности стенки желчного пузыря, у 11 исследуемых вокруг пузыря сформировался околопузырный инфильтрат, еще у 4 больных течение заболевания осложнилось околопузырным абсцессом. У 5 пациентов с признаками механической желтухи диагностирована одна из форм синдрома Мирризи: камень в шейке пузыря сдавливал холедох, вызывая холестаза на уровне общего печеночного протока.

Всем пациентам с острым калькулезным холециститом выполнена лапароскопическая холецистэктомия в сроки от 3 до 8 суток с момента заболевания. Конверсия по «благоразумию» произведена 4 (1,8 %) больным. Ее причиной послужили трудности выделения пузырного протока и питающей артерии из плотного инфильтрата в зоне гепатодуоденальной связки. После выполнения верхнесрединной лапаротомии производили антеградное удаление желчного пузыря. Повреждений магистральных желчных протоков и сосудов, а также летальных исходов при ЛХЭ у больных с острым холециститом не было.

У больных с хроническим течением желчнокаменной болезни (ЖКБ) и установленной причиной изменений со стороны холедоха лечение начинали с эндоскопической санации внепеченочных желчных путей. Так у 7 пациентов со стенозом БДС была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и спустя сутки произведена ЛХЭ. Больным с холедохолитиазом (12) выполняли ЭПСТ, литотракцию и назобилиарное дренирование (НБД) холедоха. В тех случаях, когда извлечь конкременты из холедоха одномоментно не представлялось возможным, НБД оставляли на более длительное время. Отхождение конкрементов из холедоха контролировали с помощью ЭРПХГ. ЛХЭ выполняли при рентгенологическом подтверждении отсутствия камней в просвете холедоха.

У 10 (2,6 %) пациентов операцию пришлось завершить открытым методом. При этом конверсия по «благоразумию» выполнена у 4 пациентов. Причиной ее у 2 больных явились склеротические изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. В 2 случаях был массивный спаечный процесс после ранее выполненных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. У 6 исследуемых выполнена конверсия «по необходимости». Ее причиной послужили: в 1 случае краевое ранение холедоха; у 2 пациентов наблюдалось полное высокое пересечение общего желчного протока на уровне развилки. В 1 наблюдении было желчеистечение из дополнительного желчного протока в проекции

ложа желчного пузыря; кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удалось остановить путем электрокоагуляции, имело место в 2 случаях.

Во время операции у больных со склеротическими изменениями в области шейки желчного пузыря выполнена антеградная холецистэктомия. У пациентов с массивном спаечном процессе после разъединения спаек произведена ретроградная холецистэктомия. В случаях краевого ранения холедоха выполнено его наружное дренирование через место повреждения. При желчеистечении из добавочного желчного протока в области ложа желчного пузыря произведена его перевязка. При ятрогенном пересечении внепеченочных желчных протоков произведено наложение бигепатикоюноанастомоза на отключенном по Ру сегменте тонкой кишки с дренированием желчных протоков по Фелькеру. У двух пациентов с кровотечением из ложа желчного пузыря произведено прошивание кровоточащего сосуда. После выполнения конверсии летальных случаев не было. Все больные выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

В отдаленном периоде у всех больных с билиодигестивными анастомозами спустя 6–10 месяцев развилась клиника холангита, подтвержденная данными УЗИ и результатами биохимических исследований. В этой связи в период обострения проводилась консервативная терапия, включающая в себя антибактериальные препараты, дезагреганты, витамины и гепатопротекторы.

Ретроспективный анализ осложнений, возникших во время выполнения ЛХЭ и потребовавших изменения доступа, показал, что основными причинами, приведшими к конверсии, следует считать неадекватную интерпретацию данных дооперационного обследования, а также отсутствие учета возможных технических сложностей в предстоящей операции из-за неправильной трактовки данных анамнеза, а также результатов инструментальных методов исследования.

Необходимо также соблюдать последовательность этапов лечения больных с осложненными формами ЖКБ, связанных с желчной гипертензией в протоках. Восстановление пассажа желчи через БДС предупреждает как «соскальзывание» клипсы с культи пузырного протока после ЛЛХЭ.

Чтобы неудачи и ошибки, возникающие при ЛХЭ, не переросли в тяжелые осложнения, необходимо тщательно учитывать данные состояния желчного пузыря и протоков, полученные при УЗИ и ЭРПХГ, а также строго соблюдать этапность оперативных вмешательств. Для предупреждения открытого вмешатель-



тва по «благоразумию» необходимо до операции определить структуру желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки и наличие перипузырных осложнений.

Выводы

1. Показания к выполнению конверсионной холецистэктомии могут возникать как у больных с острым, так и хроническим калькулезным холециститом.

2. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных путей чаще возникают у больных со склеротическими и инфильтративными изменениями в области желчного пузыря и гепатодуоденальной связки.

3. У больных с ЖКБ и наличием патологии со стороны холедоха необходимо первым этапом санировать холедох, а затем выполнять ЛХЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. Сочетанные доброкачественные заболевания желчного пузыря и желчных протоков как проблема эндохирургии / А. С. Балалыкин, Б. В. Крапивин // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 85–86.
2. Вальтер В. Г. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / В. Г. Вальтер, В. Е. Кутуков // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 5, № 1. — С. 101.
3. Галлингер Ю.И. Повреждения гепатикохоледоха при лапароскопической холецистэктомии. / Ю. И. Галлингер // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 5, № 1. — С. 104.
4. Шуркалин Б. К. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Б. К. Шуркалин, А. Г. Кригер // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. — 2001. — Т. 160., № 4. — С. 78–82.
5. Sanabria J. R. Risk factor in elective laparoscopic cholecystectomy for conversion to open cholecystectomy / J. R. Sanabria, S. Gallinger // *J. Amer. Coll. Surg.* — 1994. — Vol. 179, № 6. — P. 696–704.

ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

*Т. І. Тамм, О. П. Захарчук,
К. О. Крамаренко,
В. В. Непомнящий,
І. М. Мамонтов*

Резюме. Проаналізовано результати лікування 217 хворих з гострим і 377 з хронічним каменевим холециститом, яким була виконана лапароскопічна холецистектомія. Конверсійна холецистектомія виконана у 2 хворих з гострим і 10 з хронічним холециститом. У групі хворих з гострим холециститом ятрогенних пошкоджень холедоха не було. У 2 (0,5 %) хворих ЖКХ виникли пошкодження проток. Для попередження ускладнень при виконанні ЛХЕ необхідно враховувати результати УЗД ЕРХПГ, а також дотримувати послідовність в етапах лікування.

Ключові слова: *лапароскопічна холецистектомія, конверсія*

THE CAUSES AND PREVENTION OF CONVERSION AT THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

*T. I. Tamm, A. P. Zaharchuk,
K. A. Kramarenko,
V. V. Nepomniaschi,
I. N. Mamontov, Abbud Hamam*

Summary. The results of treatment of 217 patients with acute and 377 with a chronic calculous cholecystitis have been parsed. All patients had been fulfilled laparoscopic cholecystectomy. The conversion cholecystectomy was required from 2 patients with acute and 10 with a chronic calculous cholecystitis. In bunch of patients with an acute cholecystitis holedoh's of iatrogenic damages was not. For 2 (0,5 %) patients with a chronic calculous cholecystitis have arisen damages of ducts. For the warning of complications at performance LHE it is necessary to consider results of ultrasonic, ERHPG and also to observe sequence in treatment stages.

Key words: *laparoscopic cholecystectomy, conversion.*