



О. Є. Каніковський,
О. О. Воровський,
Я. В. Карий, О. І. Бондарчук,
Ю. В. Бабійчук

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний
госпіталь ветеранів війни

© Колектив авторів

СПОСОБИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ГОСТРОГО ТА ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Резюме. У статті представлено результати хірургічного лікування 330 хворих з ускладненим перебігом гострого і хронічного калькульозного холециститу. Ускладнений перебіг гострого холециститу спостерігався у 175 (53,0 %) пацієнтів, хронічного – у 155 (47,0 %). Інтраопераційні пошкодження після розроблених способів лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) спостерігались у 3 (0,9 %) випадках, після традиційних – у 9 (2,7 %). Вдосконалення техніки ЛХЕ дало можливість зменшити частоту інтраопераційних пошкоджень.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, інтраопераційні пошкодження.

Вступ

Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) протягом останніх десятиліть має тенденцію до зростання, особливо її ускладнені форми [1]. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70 % становлять особи похилого і старечого віку [2]. Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) стала «золотим стандартом» у лікуванні ЖКХ [3]. Разом з тим впровадження ЛХЕ супроводжується збільшенням частоти пошкоджень жовчних проток у 2–5 рази порівняно з відкритою методикою операції [4, 5].

Мета роботи

Покращення результатів оперативного лікування хворих з ускладненим перебігом гострого і хронічного калькульозного холециститу шляхом розробки нових способів лапароскопічної холецистектомії.

Матеріали та методи досліджень

Впродовж 2002–2015 років у хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова проходило лікування 330 хворих з ускладненим перебігом гострого і хронічного калькульозного холециститу. Чоловіків було 105 (31,8 %), жінок – 225 (68,2 %). Вік хворих – від 60 до 90 років. Тривалість захворювання від 1 міс до 25 років.

Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігався у 175 (53,0 %) хворих: емпієма жовчного міхура – 65 (19,7 %), паравезикальний інфільтрат – 72 (21,8 %), паравезикальний абсцес – 18 (5,4 %), гострий холангіт – 15 (4,5 %) і жовчний перитоніт – 5 (1,5 %).

Ускладнений перебіг хронічного холециститу константовано у 155 (47,0 %) випадках: склеротичний жовчний міхур – 64 (19,4 %), водянка жовчного міхура – 34 (10,3 %), надмір-

ний злуковий процес – 39 (11,8 %), синдром Міріззі – 10 (3,0 %) та білідигестивні нориці – 8 (2,4 %).

Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і жовчних проток було трансабдомінальне ультразвукове дослідження. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgig–500 PRO Series GE. У всіх хворих з непрохідністю спільної жовчної протоки (СЖП) здійснювали фіброгастроуденоскопію за допомогою фіброгастроуденоскопа Pentax–290V. Для прямого контрастування жовчних проток проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію з використанням 30 % контрасту об'ємом 20–40 мл та 5–10 мл для контрастування головної протоки підшлункової залози. Для контрастування жовчних проток під час операції проводили інтраопераційну холангіографію шляхом введення 10–20 мл 30 % контрасту через куксу міхурової протоки або холедохотомічний отвір. За неможливості канюляції великого сосочка дванадцятипалої кишки виконували ендоскопічне ультразвукове дослідження за допомогою діагностичного апарату Olympus Exera EU M 60 та магніто-резонансну томографію на комп'ютерному томографі Somatom–CR.

У хворих з ускладненим перебігом калькульозного холециститу застосовували спосіб лапароскопічної холецистектомії при хронічному склерозованому холециститі (патент на корисну модель № 10364) та спосіб лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу (патент на корисну модель № 77985).

Результати досліджень та їх обговорення

Для попередження інтраопераційних пошкоджень жовчних проток проводили ретельне обстеження хворих до операції та своєчас-



не планове оперативне лікування хворих на ЖКХ у «холодному» періоді. При гострому холециститі ЛХЕ проводили у термін до 72 годин від початку захворювання, коли менша ймовірність паравезикальних ускладнень. При тривалості хронічного холециститу більше за 5 років був виражений склероз стінки жовчного міхура, тому планове оперативне втручання намагались виконувати при найменшій тривалості ЖКХ.

ЛХЕ під інтубаційним наркозом проведено у 235 (71,2 %) хворих. У 95 (28,8 %) пацієнтів з вираженими серцево-судинними і легеневиими захворюваннями ЛХЕ виконано під перидуральною анестезією. Якщо тривалість плануємого оперативного втручання була більше за 2 години, проводили катетеризацію перидурального простору до операції.

Оперативні втручання при ускладненому перебігу гострого калькульозного холециститу проведено у 175 (53,0 %) хворих. У 65 (19,7 %) випадках через наявність напруженого жовчного міхура був утруднений його захват затискачем, тому операцію розпочинали з пункції жовчного міхура та евакуації його вмісту. У 13 (3,9 %) пацієнтів виявлено рихлий паравезикальний інфільтрат, який розділено без технічних труднощів за допомогою дисектора. Інфільтрація тканин, як правило, супроводжувалась дифузною кровотечею, яку зупиняли за допомогою біполярної коагуляції.

При тривалості гострого процесу більше за 3 доби інфільтрат ставав щільним, що створювало небезпеку інтраопераційних пошкоджень. У 59 (17,9 %) хворих через наявність щільного паравезикального інфільтрату, який поширювався на гепатодуоденальну зв'язку (ГДЗ), захопити кишеню Гартмана і виконати латеральну тракцію було не можливо. У таких випадках застосовано спосіб лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу (патент на корисну модель № 77985). Спосіб проводили наступним чином: після ревізії органів черевної порожнини проводили мобілізацію жовчного міхура з латеральної (вільної стінки) на медіальну в проекції шийки жовчного міхура за наявності щільного паравезикального інфільтрату, що поширювався на ГДЗ. Висока мобілізація жовчного міхура дала можливість попередити пошкодження жовчних проток. Після мобілізації шийки жовчного міхура за допомогою затискача здійснювали латеральну тракцію за кишеню Гартмана. Виділення міхурової протоки й артерії проводили при розкритому трикутнику Кало на достатній відстані від магістральних жовчних проток і судин. Міхурову протоку виділяли тупо на відстань достатню для її кліпування і пересічення. Пер-

шою накладали проксимальну кліпсу, як можна ближче до шийки жовчного міхура, після чого – дві кліпси на дистальний відділ міхурової протоки. Між кліпсами її пересікали. Міхурову артерію кліпували у проксимальній ділянці однією кліпсою або коагулювали за допомогою біполярного затискача, залишаючи довгу куксу. Пересічення міхурової артерії виконували за допомогою L-подібного електрода або ножиць біля стінки жовчного міхура. При виражених інфільтративних змінах не прагнули до повної мобілізації основного стовбура міхурової артерії. У таких випадках кліпували судини, які чітко переходили на стінку жовчного міхура (артерії II, III порядку). Після пересічення трубчасто-порожнистих структур трикутника Кало виділяли жовчний міхур з ложа у сполучнотканинному шарі між стінкою жовчного міхура і паренхімою печінки. Для чіткого виявлення сполучнотканинного прошарку проводили тракцію жовчного міхура за дно у напрямку протилежному до ділянки мобілізації. Жовчний міхур видаляли з черевної порожнини через підмечевидний доступ або через пупочне кільце за наявності пупочної киля. Для контролю жовчевитікання та геморагії у післяопераційному періоді підпечінковий простір дренивали трубчастим дренажем, який видаляли на 1–2 добу післяопераційного періоду.

У 5 (1,5 %) хворих з гострим холангітом проведено ЛХЕ з дрениванням СЖП через куксу міхурової протоки. В інших 10 (3,0 %) випадках гострий холангіт був обумовлений холедохолітазом. Виконано відкриту холецистектомію (ВХЕ) з холедохолітотомією. ЛХЕ з санацією і дрениванням підпечінкового простору проведено за наявності паравезикального абсцесу у 18 (5,4 %) хворих. ВХЕ з подальшою санацією та дрениванням черевної порожнини здійснено у 5 (1,5 %) випадках за наявності розлитого жовчного перитоніту.

Оперативні втручання при ускладненому перебігу хронічного холециститу проведено у 155 (47,0 %) хворих. У 64 (19,4 %) випадках за наявності склерозованого жовчного міхура виконання ЛХЕ мало значні технічні труднощі, які були обумовлені ущільненням і ригідністю його стінок, заповненням просвіту міхура конкрементами, укороченням та зморщенням трубчастих структур трикутника Кало. Через ущільнення і зморщення стінок жовчного міхура була утруднена латеральна тракція за кишеню Гартмана, а також спостерігалось високе розташування міхурової протоки й артерії. У таких випадках застосовано спосіб лапароскопічної холецистектомії при хронічному склерозованому холециститі (патент на корисну модель № 10364). Спосіб виконували наступним чином: після ревізії органів черевної

порожнини проводили мобілізацію жовчного міхура з латеральної (вільної) стінки у напрямку до дна з переходом на медіальну стінку (тобто мобілізація по колу). Після мобілізації тіла та дна жовчного міхура за допомогою затискача виконували тракцію його латерально і вниз, продовжуючи препаровку міхурової протоки й артерії у ділянці трикутника Кало, дотримуючись розділення тканин вздовж стінки шийки жовчного міхура. Подальша препаровка трубчастих структур трикутника Кало та виділення жовчного міхура проводились аналогічно попередньому способу. У 8 (2,4 %) хворих з вираженими склеротичними змінами виділення жовчного міхура з ложа створювало небезпеку значного пошкодження паренхіми печінки. У таких випадках відсікали передньо-бокову стінку жовчного міхура за допомогою ножиць або L-подібного гачка. Після чого біполярним затискачем проводили мукоклазію задньої стінки. Відсічену частину жовчного міхура разом із його вмістом поміщали у контейнер і видаляли з черевної порожнини.

Надмірний злуковий процес у над- і підпечінковому просторах у 39 (11,8 %) випадках утруднював хід ЛХЕ. Розсічення злук проводили на відстань необхідну для мобілізації жовчного міхура та препаровки міхурової протоки й артерії. ЛХЕ із зовнішнім дрениванням СЖП здійснено у 7 (2,1 %) хворих при синдромі Міріззі I типу. ВХЕ з гепатикоеюностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки проведено у 3 (0,9 %) випадках за наявності синдрому Міріззі II типу. У 8 (2,4 %) пацієнтів

з біліодигестивними норицями виконано ВХЕ і ушивання дефекту кишки.

Інтраопераційні пошкодження після розроблених способів ЛХЕ спостерігались у 3 (0,9 %) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки – у 2 (0,6 %) і жовчепідтікання з ложа жовчного міхура – у 1 (0,3 %). Летальних випадків не було. Пошкодження після традиційних оперативних втручань діагностовано у 9 (2,7 %) випадках: пересічення СЖП – у 3 (0,9 %), крайове пошкодження СЖП – у 1 (0,3 %), кліпування спільної печінкової протоки – у 1 (0,3 %), неспроможність кукси міхурової протоки – у 3 (0,9 %) і жовчепідтікання з ложа жовчного міхура – 1 (0,3 %). Померло 2 (0,6 %) пацієнти, де причиною смерті став обширний інфаркт міокарду і масивна тромбоемболія легеневої артерії.

Висновки

1. Впровадження розроблених способів ЛХЕ при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу дає можливість утримати частоту інтраопераційних пошкоджень.

2. За наявності ускладненого перебігу гострого і хронічного холециститу доцільно застосовувати спосіб лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу.

3. За наявності склерозованого жовчного міхура доцільно дотримуватись техніки ЛХЕ, описаної у спосібі лапароскопічної холецистектомії при хронічному склерозованому холециститі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України / С. М. Гойда // Український медичний часопис. – 2011. – № 4. – С. 112–113.
2. Грубник В. В. Особенности лапароскопических вмешательств у больных с калькулёзным холециститом на фоне цирроза печени / В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук, А. С. Дюжев // Клінічна хірургія. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
3. Можливості використання комбінованих міні-лапароскопічних оперативних втручань у хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби / С. Г. Четверіков, М. Р. Баязитов, В. Ю. Вододюк, О. О. Олійник // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 3. – С. 105.
4. Хирургическая коррекция поврежденных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / А. В. Скумс, М. Е. Ничитайло, В. П. Шкарбан [и др.] // IV Міжнародні Пироговські читання: мат. науков. конгресу. – Вінниця, 2010. – С. 145–146.
5. Mercado M. A. Prognostic implications of preserved bile duct confluence after iatrogenic injury / M. A. Mercado, C. Chan, H. Orozco // Hepatogastroenterol. – 2005. – Vol. 52, № 61. – P. 40–44.



СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ
РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
У БОЛЬНЫХ С
ОСЛОЖНЕННЫМ
ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО
И ХРОНИЧЕСКОГО
КАЛЬКУЛЁЗНОГО
ХОЛЕЦИСТИТА

*О. Е. Каниковский,
О. О. Воровский, Я. В. Карый,
О. И. Бондарчук,
Ю. В. Бабийчук*

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 330 больных с осложненным течением острого и хронического калькулёзного холецистита. Осложненное течение острого холецистита наблюдалось у 175 (53,0 %) пациентов, хронического – у 155 (47,0 %). Интраоперационные повреждения после разработанных способов лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) наблюдались у 3 (0,9 %) случаях, после традиционных – в 9 (2,7 %). Усовершенствование техники ЛХЭ дало возможность уменьшить частоту интраоперационных повреждений.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, интраоперационные повреждения.

METHODS OF IMPROVING
THE RESULTS OF
LAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMY
IN PATIENTS WITH
COMPLICATED ACUTE AND
CHRONIC CALCULOUS
CHOLECYSTITIS

*О. Ye. Kanikovskiy,
О. О. Vorovskiy, Ya. V. Karyi,
О. I. Bondarchuk,
Yu. V. Babiychuk*

Summary. In article presents the results of surgical treatment of 330 patients with complicated acute and chronic calculous cholecystitis. Complicated course of acute cholecystitis was observed in 175 (53,0 %) patients, chronic – 155 (47,0 %). Intraoperative complications after developed methods of laparoscopic cholecystectomy (LCHE) was observed in 3 (0,9 %) cases, after the traditional – in 9 (2,7 %). Improvement of technique of LHE gave the opportunity to reduce the frequency of intraoperative complications.

Key words: gallstone disease, laparoscopic and open cholecystectomy, intraoperative complications.