

Зависимость конверсии при лапароскопической холецистэктомии от длительности приступа острого калькулезного холецистита

А.Х. ЮЛДАШЕВ, Р.В. ГИБАЛО

Исследовано 157 случаев лапароскопической холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита. В статье проведен анализ зависимости частоты и причин конверсии от длительности приступа острого калькулезного холецистита.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, длительность приступа острого холецистита.

Введение

До настоящего времени нет общепринятой стратегии в лечении острого холецистита и, поэтому тактические вопросы, выбор срока оперативного вмешательства и методов операции решаются неоднозначно [1, 3, 5, 7]. Бесспорным является необходимость экстренной операции при гангренозном холецистите, распространенном желчном перитоните. В отношении же остальных случаев острого холецистита сроки выполнения операции дискутируются [2, 4, 6, 8, 10]. Одни авторы считают, что операцию надо выполнять в ближайшие 2–3 дня с момента поступления в стационар при отсутствии эффекта от консервативного лечения. Другие авторы настаивают на необходимости выполнения операции в ранние сроки от начала заболевания.

Выполнение лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите затрудняется вследствие морфологических изменений органов и тканей: перивезикальный воспалительный процесс и сращения, нечеткая дифференцировка органов и тканей, напряженный желчный пузырь с утолщенными инфильтрированными стенками, широкий пузырный проток, расположение кармана Гартмана под печеночно-двенадцатиперстной связкой в непосредственной близости от желчного протока [3, 5, 6, 7, 9].

Кроме того, на фоне воспалительного инфильтрата происходит большинство случаев вынужденной конверсии [3, 7, 9].

В целом, частота конверсий при ЛХЭ составляет 0,4–18%. При остром холецистите, по данным разных авторов, уровень конверсии составляет 3,6–30%. Основными причинами конверсии являются технические трудности, не позволяющие выполнить операцию лапароскопически [5, 8, 10].

Переход к традиционному вмешательству лишает пациента преимуществ малоинвазивного метода и вызывает психологический дискомфорт, как у пациента, так и оперирующего хирурга. Вместе с тем, своевремен-

ный переход на лапаротомию предпочтительнее вынужденного при возникновении осложнений [2, 4, 5, 9].

Материал и методы исследования

При диагностированном остром холецистите без признаков распространенного перитонита, механической желтухи, и при отсутствии абсолютных противопоказаний операцию начинали лапароскопически. Оценивали характер и степень деструктивных изменений со стороны желчного пузыря, состояния окружающих тканей, печеночно-двенадцатиперстной связки и подпеченочного пространства. После этого принималось решение о попытке выполнения холецистэктомии лапароскопически способом.

В 157 случаях ЛХЭ предпринята по поводу острого калькулезного холецистита, в 12 (7,64%) из них выполнена профилактическая конверсия при выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях в области треугольника Кало, в 3 (1,91%) – вынужденная конверсия при повреждении сосудов и желчных протоков.

Результаты исследования

В 6 (3,82%) случаях «профилактической» конверсии срок заболевания составил трое и более суток (флегмонозный холецистит – 4 случая, гангренозный – 2 случая), в 3 (1,91%) случаях срок заболевания – до трех суток (флегмонозный холецистит – 2 случая, гангренозный – 1 случай). К этой же группе конверсии отнесены 3 (1,91%) случая флегмонозного холецистита (длительность заболевания – трое и более суток) из-за необходимости выполнить интраоперационную ревизию холедоха в связи с подозрением на холедохолитиаз, которую лапароскопически выполнить в условиях выраженных инфилтративных изменений гепато-дуодеальной связки не представлялось возможным.

В 2 из 3 случаев «вынужденной» конверсии длительность приступа острого холецистита составила трое и более суток. В 2 (1,27%) случаях флегмонозного холецистита конверсия выполнена по причине повреждения пузырной артерии (1 случая) и кровотечения из ложа желчного пузыря (1 случая) для остановки кровотечения. В 1 (0,64%) случае попытки выделения элементов гепатодуоденальной связки на фоне флегмонозного холецистита (длительность заболевания – семь суток) привели к «вынужденной» конверсии из-за повреждения холедоха – выполнялось ушивание повреждения холедоха и наружное дренирование его по Керу.

Основной причиной возникновения повреждения холедоха явился изначально неверно избранный способ операции из-за неадекватной оценки клинических данных – длительный срок приступа болей в правом подреберье,

предполагавший наличие выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в области треугольника Кало. Операцию следовало бы выполнить традиционным способом, или, при эффективности консервативной терапии – через 1–1,5 месяца после стихания воспалительных изменений с помощью видеоэндоскопической техники.

Таким образом, в 12 из 15 случаев конверсии, последняя выполнена по причине выраженных воспалительных изменений в зоне операции, причем в 9 (5,73%) случаях именно воспалительные изменения явились непосредственной причиной конверсии. Большая часть конверсий (11 из 15) произошла у пациентов, срок заболевания которых составил трое и более суток, то есть, когда уже имелись неблагоприятные условия для выполнения лапароскопической операции.

Выводы

Технические трудности при выполнении ЛХЭ по поводу острого холецистита обусловлены формированием перифокального воспалительного инфильтрата, затрудняющего ориентировку в тканях при выполнении манипуляций в этой зоне. Тяжесть морфологических изменений, обуславливающих технические трудности во время операции, не всегда соответствовала срокам от начала заболевания.

Использование малотравматичной и высокоэффективной лапароскопической техники в лечении острого холецистита позволяет применять активную тактику лечения таких больных: оперировать их в ранние сроки от начала приступа.

Окончательным критерием возможности осуществления лапароскопического вмешательства является степень морфологических изменений стенки желчного пузыря, определяемая при диагностической лапароскопии.

Література

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. Галлингер Ю.И. Повреждения гепатикохоледоха при лапароскопической холеристэктомии / Ю.И. Галлингер. – *Анналы хирургической гепатологии*. – 2000. – Т. 5. – № 1. – С. 104.
3. Кригер А.Г. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях / А.Г. Кригер, К.Э. Ржебаев. – *Анналы хирургической гепатологии*. – 2000. – Т. 5. – № 1. – С. 90–97.
4. Луцевич Э.В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни / Э.В. Луцевич, А.П. Уханов. – *Эндоскопическая хирургия*. – 1999. – № 4. – С. 3–9.

5. Уроки лапароскопической холецистэктомии / М.Е. Ничитайло и др. – Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 6–9.
6. Шуркалин Б.К. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер. – Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160. – № 4. – С. 78–82.
7. Koo K.P. Do preoperative indicators predict the presence of common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy? / K.P. Koo, L.W. Traverso // Am.J.Surg. – 1996. – V. 171. – N. 5. – P. 495–499.
8. Nguyen Th.L. Laparoscopic cholecystectomy. Vascular and biliary complications / Th.L. Nguyen, S. Houry, M. Huguier. – Ann.Chir.-1997. – V. 51. – N. 3. – P. 237–242.
9. Sawyers J.L. Current status of conventional (open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy / J.L. Sawyers. – Ann.Surg. – 1996. – V. 223. – N. 1. – P. 1–3.
10. Seligman J.Y. Common bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: report of two cases / J.Y. Seligman, J.J. Ragland. – J.Am.Osteopath.Assoc. – 1997. – V. 97. – N. 4. – P. 233–235.

**Залежність конверсії при лапароскопічній холецистектомії
від тривалості нападу гострого калькульозного холецистити**

А. ЮЛДАШЕВ, Р. ГИБАЛО

Досліджено 157 випадків лапароскопічної холецистектомії з приводу гострого калькульозного холецистити. У статті проведено аналіз залежності частоти і причин конверсії від тривалості нападу гострого калькульозного холецистити.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, конверсія, тривалість нападу гострого холецистити.

**The dependence of conversion in laparoscopic cholecystectomy
on the duration of an attack of acute calculous cholecystitis**

A. YULDASHEV, R. GIBALO

A study 157 cases of laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis. The article analyzes the causes of the frequency and duration of the conversion from an attack of acute calculous cholecystitis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, conversion, the duration of an attack of acute cholecystitis.