

УДК 616.366-003.7-089-072.1-72

© Г.І. П'ЯТИКОП, Д.В. ОВЄЧКІН, Н.А. МАЮРА

Сумський державний медичний університет

Сучасні аспекти лапароскопічного лікування жовчнокам'яної хвороби

Н.І. РYАТYКОР, D.V. OVIECHKIN, N.A. MAYURA

Sumy State Medical University

MODERN ASPECTS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE

Сучасна історія лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) нараховує трохи більше 100 років із моменту, коли у 1882 році Лангенбух виконав першу холецистектомію. Прогрес у лікуванні цього захворювання до початку сімдесятих років минулого століття в основному був пов'язаний із загальним розвитком медицини – відкриттям антибіотиків, розробкою принципів загальної анестезії, розвитком променевих методів діагностики. Однак в останні десятиріччя почався новий етап у лікуванні холелітіазу.

Проблема лікування хворих на ЖКХ є актуальною в усьому світі. Це пов'язано насамперед із широким розповсюдженням захворювання, що зустрічається у 15-20 % дорослого населення. Особлива цікавість до цієї проблеми пов'язана з надзвичайно високим ростом захворюваності на ЖКХ у розвинених країнах (кожне десятиріччя цей показник майже подвоюється). На сьогодні від ЖКХ страждає 10-20 % населення у західних країнах та 3-4 % азіатського населення. У людей, старших 70 років, цей показник зростає до 30-40 % і поступається за поширеністю лише атеросклерозу. Із приводу ЖКХ щорічно у світі виконується близько 2,5 млн невідкладних та планових оперативних втручань на жовчовивідних шляхах.

Із 1987 року, коли у Франції була виконана перша лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), цей метод лікування в більшості клінік витіснив лапаротомічну (класичну) холецистектомію і став “золотим стандартом” лікування жовчнокам'яної хвороби на межі XX та XXI століть. Переваги цього методу перед традиційною холецистектомією широко висвітлені у вітчизняній та іноземній літературі. Удосконалення лапароскопічної техніки, надбання хірургами досвіду виконання операцій сприяло значному розширенню показань до ЛХЕ. Сьогодні у багатьох клініках США, Європи, Росії 95-97 % хворих оперують із приводу ЖКХ за допомогою лапароскопічного методу. Цей метод впроваджений в Україні, та на теперішній час ЛХЕ визнана методом вибору в хірургії непухлинних захворювань жовчного міхура (ЖМ).

Але поряд з цим багатьох хірургів турбує питання, наскільки безпечною є ЛХЕ у лікуванні хворих на ЖКХ. Головними причинами ускладнень є діагностичні, тактичні й технічні помилки, яких припускаються на етапі доопераційного обстеження хворого та в процесі оперативного втручання. Отже, метод не тільки розкриває нові перспективи розвитку хірургії жовчних шляхів, але й ставить перед оперуючим хірургом нові технічні проблеми.

У клініці за період з 2004 до 2009 року ЛХЕ виконано 1983 пацієнтам, причому чоловіків було 146 (7,3%), а жінок – 1837 (92,7%). Оперовані хворі у віці від 17 до 77 років. Середній вік – 48 років. У плановому порядку госпіталізовано 1899 пацієнтів (95,7%). Інші ж 84 особи були госпіталізовані в ургентному порядку, але прооперовані планово за відсутності протипоказань у гострому періоді після відповідної передопераційної підготовки. Окремо потрібно виділити групу пацієнтів з ускладненнями ЖКХ: емпієма ЖМ – 79 осіб (3,9%), флегмона ЖМ – 29 осіб (1,4%), водянка ЖМ – 71 особа (3,5%). Грубий злуковий процес спостерігався у 159 хворих (8%). У 1-го хворого лапароскопічну холецистектомію було виконано, незважаючи на резекцію шлунка за Більрот-1 в анамнезі.

Усім хворим попередньо проводилися загальноклінічні, рентгенологічні та ендоскопічні дослідження, які необхідні для оперативного втручання, зокрема обов'язкове ультразвукове дослідження ЖМ та жовчних проток (ЖП).

Найбільш вагомою проблемою у виборі методу хірургічного лікування є наявність протипоказань. Усі протипоказання до проведення лапароскопічної операції поділяються на абсолютні та відносні. З набуттям досвіду коло абсолютних протипоказань зменшується, а відносні протипоказання залишають простір для індивідуального трактування стану пацієнта, технічних можливостей та професійної підготовки лікаря. Відносними протипоказаннями прийнято вважати кишкову непрохідність, порушення коагуляції, цироз печінки, холедохолітіаз та гострий

холецистит. Але, по суті, усім пацієнтам, за винятком індивідуальної непереносимості наркозу, можна запропонувати первинне лапароскопічне втручання. Але за належних запобіжних заходів ЛХЕ може бути безпечно виконана пацієнтам, які перенесли попередньо оперативні втручання на черевній порожнині, страждають від зайвої ваги або навіть вагітним.

На сьогодні до 30 % пацієнтів до холецистектомії раніше мали хірургічні втручання на черевній порожнині. Наявність внутрішньочеревних злук та рубців на передній черевній стінці може стати перешкодою для виконання ЛХЕ. Лапароскопічний адгезіолізис в такому випадку може стати необхідною частиною створення доступу у відповідній ділянці. Також може виникнути необхідність "відкритого" доступу до черевної порожнини у безпосередній близькості від попередніх рубців. Альтернативою відкритого доступу, що зазвичай використовується для звичайної лапароскопії, є індукція пневмоперитонеуму за допомогою сліпо введеної у черевну порожнину голки. Відхилення від стандартної методики, такі, як зміни позицій троакарів, накладання пневмоперитонеуму або здійснення додаткових входжень, можуть обмежувати можливість розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень. На сьогодні у клініці є достатній досвід виконання лапароскопічних операцій у пацієнтів з одним чи декількома попередніми втручаннями, серед яких: апендектомія, операції на органах малого таза та навіть наявність колостоми.

Ожиріння на початку ери лапароскопічної хірургії вважали протипоказанням до виконання втручання. Але ж у зв'язку з особливостями патогенезу холелітіазу велика кількість пацієнтів має той чи інший ступінь ожиріння. Це створює такі технічні проблеми, як наявність щільної передньої черевної стінки та великої кількості внутрішньочеревної жирової клітковини, яка може заважати візуалізації необхідних анатомічних утворів.

Вагітні жінки представляють собою справжню хірургічну дилему. Близько 0,2 % вагітних жінок має потребу в оперативному втручанні на черевній порожнині. На сьогодні у нашій клініці немає досвіду ЛХЕ у вагітних жінок, але у світовій практиці такі

втручання виконуються за наявності можливостей адекватного моніторингу стану плода.

Ще одним відносним протипоказанням до виконання ЛХЕ до недавнього часу вважали наявність супутнього холедохолітіазу. Але розвиток ендоскопічних методик дозволяє у цьому випадку проводити двохетапне лікування. Першим етапом лікування у таких пацієнтів стає ендоскопічна папілосфінктеротомія з екстракцією камінців холедоха, а другим – власне лапароскопічна холецистектомія.

Навіть наявність гострого холециститу на сьогодні не вважається перепоною для виконання ЛХЕ – у клініці є достатній досвід виконання втручань, не тільки планових, а й в ургентному порядку.

Операції в нашій клініці проводилися під ендотрахеальним наркозом із застосуванням міорелаксантів. Після операції усім пацієнтам проводили інфузійну, антибактеріальну, знеболювальну терапію, профілактику тромбоемболічних ускладнень. Післяопераційна профілактика проводилася протягом 3–5 діб.

У післяопераційному періоді у хворих спостерігалися такі ускладнення: післяопераційне жовчовиділення з ложа ЖМ – у 40 пацієнтів (2 %), яке припинилося у терміни від 3 до 5 діб; кровотеча з ложа ЖМ – у 6 осіб (0,4 %); післяопераційний панкреатит – у 2 осіб (0,1 %); інфільтрат пупкової рани – у 17 осіб (0,9 %). Конверсію було виконано у 25 випадках (1,3 %) внаслідок технічних труднощів у диференціюванні елементів гепатодуоденальної зв'язки при запальних або рубцевих змінах цієї ділянки. Але у світовій практиці перехід до лапаротомії не вважається ускладненням.

Отже, підбиваючи підсумки, треба відмітити, що набуття хірургами досвіду виконання ЛХЕ дозволяє розширити коло показань до операції, яка за своїми особливостями дозволяє зменшувати тривалість та полегшувати період реабілітації пацієнтів. З іншого боку, для попередження ускладнень, які можуть виникнути під час лікування, необхідне детальне кваліфіковане обстеження хворих на ЖКХ у передопераційному періоді, а також підвищення кваліфікації хірургів, знання можливостей рідкісних варіантів анатомічних взаємовідносин ЖМ і ЖП.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 13–18.
2. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 6–9.
3. Ярема И.В., Яковенко И.Ю., Карцев А.Г., Сергейко А.А.

Осложнения при видеолaparоскопической холецистэктомии и способы их устранения // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – № 4. – С. 15–20.

4. Алиев М.А., Сексенбаев А.С., Аоскалиев Ж.А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при калькулезном холецистите у больных с сопутствующими заболеваниями // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 4. – С. 24–26.

Отримано 03.09.10