

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХОЛЕЦИСТИТА

Б.Н.ШАМИРЗАЕВ, Ш.Д.АЧИЛОВ

Features of laparoscopic cholecystectomy at the patients with the complicated forms a cholecystitis

B.N.SHAMIRZAEV, S.D.ACHILOV

Центральный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Узбекистан

Выполнено 1002 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), из них проанализированы результаты 193 ЛХЭ у больных поступивших в клинику с осложненными формами холецистита. Возраст пациентов варьировал от 18 до 83 лет, женщин было 146 (75,64%), мужчин - 47 (24,36%). Лапароскопические операции по поводу осложненных форм холецистита должны выполняться в оснащенных специализированных стационарах, опытной операционной бригадой состоящей из трех хирургов, двое из которых владеют эндоскопическим и традиционным методом оперирования.

Is executed 1002 of laparoscopic cholecystectomy (ЛХЭ), from them the results 193 ЛХЭ at the patients entered clinic with the complicated forms a cholecystitis are analysed. The age of the patients varied from 18 till 83 years, of the women was 146 (75,64 %), men - 47 (24,36 %). Laparoscopic of operation concerning the complicated forms a cholecystitis should be carried out in equipped specialized hospitals, skilled operational brigade consisting from three surgeons, the two from which own endoscopic and traditional method operations.

Прогресс в абдоминальной хирургии связан с широким внедрением в клиническую практику операций, выполняемых видеолaparоскопическим методом. Одним из самых распространенных лапароскопических вмешательств является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [2]. Широкое распространение ЛХЭ обусловлено тем, что при безусловной радикальности и эффективности она представляет собой малотравматичное вмешательство, обеспечивающее хороший косметический эффект, и при соблюдении всех требований, предъявляемых к таким операциям, сопровождается относительно редким возникновением тяжелых осложнений [3,4,7].

Вопрос о выборе операции у больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) в клиниках, где имеются лапароскопическое оборудование и подготовленные специалисты, всегда решается в пользу лапароскопического способа. Вместе с тем, во время операции нередко встречаются осложненные формы холецистита, затрудняющие выполнение лапароскопической холецистэктомии и требующие конверсии [1,2,5,6].

Цель: систематизация собственного опыта выполнения ЛХЭ у больных с осложненными формами хронического и острого калькулезного холецистита.

Материал и методы

Нами выполнено 1002 лапароскопических холецистэктомий. Проанализированы результаты 193 из них, осуществленных у больных, поступивших в клинику с острыми и осложненными формами холецистита, в возрасте от 18 до 83 лет. Женщин было 146 (75,64%), мужчин - 47 (24,36%). С острым катаральным холециститом прооперированы 34 (17,6%) больных, с острым флегмонозным - 80 (41,5%), с острым гангренозным - 19 (9,9%). У 60 (31,0%) больных имелись различные осложненные формы хронического калькулезного холецистита.

Диагноз отключенного желчного пузыря установлен у 110 пациентов. Эмпиема желчного пузыря выявлена у 59 больных, водянка - у 29, сморщенный желчный пу-

зырь - у 22.

Околопупырные абсцессы отмечались у 3 больных. Местный серозный и серозно-фибринозный перитонит был диагностирован у 10 пациентов.

Синдром Мириizzi во время операции установлен у 23 больных: I стадия у 20 больных, осложненный пузырно-холедохеальным свишем - у 2, пузырно-оденальным свишем - у 1.

При поступлении всем больным выполнялись общеклинические исследования, включающие биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, электрокардиографию (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания (ФВД), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, рентгенологическое исследование легких, по показаниям эхокардиографию (эхо-КГ), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) с эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ) и литоэкстракцией (ЛЭ).

С клиническими проявлениями холедохолитиаза и явлениями механической желтухи поступили 25 (12,9%) больных. У 19 (9,8%) из них на ЭРПХГ обнаружены конкременты общего желчного протока, у 3 (1,55%) выявлены явления стенозирующего папиллита. У 3 больных заболевания желчевыводящих протоков были исключены. 22 больным первым этапом до ЛХЭ выполнена ЭПСТ. У 8 больных с холедохолитиазом ЭПСТ выполнялась в 2 или даже 3 этапа.

Лапароскопические операции осуществлялись на аппаратуре фирмы Karl Storz (Германия) с использованием инструментов этой же фирмы и ППП (Россия). Операции проводились по стандартной методике с приподнятым головным концом и поворотом операционного стола влево на 30 градусов.

У 6 больных с осложненными формами холецистита для коагуляции измененных стенок и ложа желчного пузыря использовали плазменный скальпель СП-ЦПТ производства ЗАО Центр плазменных технологий (Рос-

сия). Установка предназначена для рассечения мягких тканей плазменным потоком глубиной до 10 мм при проведении операций в общей и лапароскопической хирургии. В процессе рассечения кровеносные сосуды, лимфатические пути и протоки экзокринных органов коагулируются с малой травматизацией (зона термического поражения не более 1 мм, карбонизация – до 35 мк). Все это позволяет достигнуть более надежного гемостаза и холестаза с меньшим повреждением печеночной ткани по сравнению с диатермокоагуляцией. Кроме того, способность плазменного скальпеля разъединять ткани вследствие пиролиза (испарения жидкой части клеток) несет дополнительную положительную возможность в случаях острого холецистита при воздействии плазменной струи на инфильтрированные, отечные перивезикальные ткани. Дополнительно плазменный поток обеспечивает стерилизацию операционного поля и физиотерапевтический эффект. Заживление области применения происходит в виде тонкого рубца. Расстояние от ложа желчного пузыря до факела не превышало 1–1,5 см. Мощность плазменной струи составляла 40-60% (режим коагуляции), угол—30—45°.

Цель исследования: показать опасности и особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с острыми и осложненными формами холецистита.

Результаты и обсуждение

Методика и принципы ЛХЭ при неосложненном холецистите отработаны, неоднократно описаны в литературе, повсеместно внедрены в клиническую практику и не представляют особых затруднений. Совершенно иные условия возникают во время лапароскопической холецистэктомии, выполняемой при осложненных формах заболевания, таких как воспалительный инфильтрат, рубцовый перихолецистит, сморщенный желчный пузырь, водянка и эмпиема желчного пузыря, острый холецистит, синдром Мириizzi. Частое сочетание перечисленных форм определяет технические трудности выполнения операции и высокую опасность интраоперационных осложнений. Изменения, развивающиеся в области желчного пузыря, не дают возможности использовать традиционные методические принципы оперирования, а требуют применения особых и специальных приемов.

Нельзя забывать о важнейшем принципе техники холецистэктомии - ни одну трубчатую структуру, идущую к желчному пузырю, нельзя пересекать до полной ясности анатомии. Только две структуры, идущие к пузырю – пузырный проток и артерия, выявляются после диссекции при нормальной анатомии.

Следует помнить о возможном близком расположении к шейке пузыря общего печеночного, правого печеночного протока или правой ветви печеночной артерии, особенно в случаях низкого внепеченочного слияния долевых протоков. Используя коагуляцию, необходимо следить, чтобы электровоздействие было кратковременным и эффективным. Не следует использовать длительное воздействие током на плотные ткани, в результате перенесенного воспаления, особенно в режиме коагуляции, так как в этом случае распространение тока становится неконтролируемым, и возможно травматическое воздействие его на близлежащие жизненно важные структуры. Следует использовать режущий или смешан-

ный режим тока. При подозрении на наличие в рассекательных тканях дополнительного сосуда (при рассыпном типе кровоснабжения, наличии дополнительных сосудов в области ложа желчного пузыря), что не является редкостью, целесообразно выделение сосуда тупым способом с помощью диссектора с последующей его селективной коагуляцией или клипированием в зависимости от диаметра.

При воспалительном перипузырном инфильтрате трудности возникают на первом этапе холецистэктомии, когда пузырь либо не виден вовсе, либо при визуальном инструментальной ревизии не удается определить, какие именно органы входят в данный инфильтрат.

Установив анатомические взаимоотношения органов - желчного пузыря, печени, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, желудка, большого сальника, необходимо приступить к их разделению. В случае рыхлого инфильтрата производить его разделение следует тупым путем. Для этого можно использовать традиционные манипуляционные зажимы, диссектор с марлевыми турндами. При плотном инфильтрате тупой способ разделения сражений, как правило, неэффективен, поэтому с особой осторожностью возможно выполнение диссекции ножницами или электродом с использованием смешанного режима электрического тока. В случае десерозирования полых органов необходимо, как и при лапаротомных операциях, наложение серо-серозных швов.

Данный этап операции является чрезвычайно кропотливым и сложным, занимающим в ряде наблюдений основную часть времени ЛХЭ, однако опыт оперирующего хирурга и всей операционной бригады позволяет избежать осложнений в виде повреждения полых органов, входящих в данный инфильтрат.

После выделения желчного пузыря из сражений с окружающими органами следующим, порой достаточно трудным этапом является создание необходимой для безопасной диссекции экспозиции желчного пузыря.

При остром холецистите в большинстве наблюдений трудности экспозиции обусловлены значительным увеличением, напряжением желчного пузыря. При остром воспалительном процессе препарированные ткани кровоточат в большей степени, наблюдается их «ломкость».

Напряженность желчного пузыря и ригидность его стенок не позволяют использовать зажимы для фиксации дна и шейки пузыря и свободного манипулирования пораженным органом. Для облегчения достижения этой задачи необходимо выполнить пункцию пузыря с частичной или полной аспирацией его содержимого. Пункцию пузыря следует производить в области его дна в месте, наиболее удобном для его последующей фиксации зажимом. Необходимость в пункции пузыря и аспирации его содержимого возникает и при купированном остром обструктивном холецистите - водянке или эмпиеме, когда сохраняется напряженность пузыря, и для более свободных манипуляций необходимо уменьшить его объем. При крупном вклиненном в шейку конкретном возникают трудности в манипулировании шейкой пузыря. В связи с этим целесообразно выполнить попытку инструментального смещения камня в полость пузыря. Однако подобный прием в большинстве наблюдений не удастся, поэтому необходимо использовать усилен-

ные зажимы, зубцами наложенные на шейку, вместе с вклиненным камнем. В отдельных ситуациях, когда вклиненный конкремент не позволяет выделить элементы шейки циркулярно, необходимо вскрыть желчный пузырь над конкрементом и первым этапом удалить этот камень. Если при водянке желчного пузыря достаточно только выполнить его пункцию и аспирацию содержимого, то при желчном пузыре, полностью заполненном конгломератом конкрементов и замазкообразных масс, в отдельных наблюдениях, когда манипулировать пораженным органом невозможно, необходимо вскрыть пузырь и удалить часть его содержимого.

Для создания адекватного доступа в ряде случаев необходимо введение дополнительных троакарров, через которые будет обеспечиваться отведение препятствующих осмотру органов и тканей - левой доли печени, сальника и т.д.

Наибольшие трудности при выполнении ЛХЭ хирург испытывает при рубцово-воспалительных изменениях в области шейки желчного пузыря, печеночно-двенадцатиперстной связки. В случаях рубцового перихолеистита оперативная техника также имеет свои особенности. Важнейшей проблемой является анатомическая ориентация. Именно рубцово-воспалительные изменения в этой области определяют высокую степень риска повреждения желчных путей и сосудов гепатодуоденальной связки.

Выраженные деформации, сморщивание тканей в результате рубцового перипроцесса порой приводят к «срастанию» желчного пузыря с магистральными протоками и сосудами, к укорочению пузырного протока, возникновению сдавления камнем общего печеночного протока (синдром Мириizzi) или образованию пролежня с формированием холецистохоледохеального, холецистодуоденального свиша.

При синдроме Мириizzi нужно детально оценивать анатомическую ситуацию в условиях рубцового процесса в ходе диссекции и холецистохолангиографии. Необходимо помнить о своевременном решении возникшей ситуации в пользу изменения оперативного доступа. Синдром Мириizzi - это результат вклинения камня в шейку желчного пузыря, карман Гартмана или пузырный проток, который сдавливает извне общий желчный проток и вызывает обтурационную желтуху (синдром Мириizzi I тип). В последующем весьма вероятно развитие пролежня с формированием холецистохоледохеального свиша (синдром Мириizzi II тип). Установить диагноз синдрома Мириizzi порой удастся только во время операции.

У больных с I стадией данного синдрома конкремент пузырного протока сдавливает холедох, а пузырный проток интимно срашен с холедохом. В таких случаях благодаря тщательной препаровке удастся отделить пузырный проток от холедоха, не повредив стенку общего желчного протока.

При синдроме Мириizzi, осложненным свишами, в зависимости от характера и размера дефекта в стенке холедоха и его диаметра, необходимо выбрать тактику завершения операции. При отсутствии дефекта после интраоперационной холангиографии при нормальном желчеоттоке допустимо клипирование или чаще перевязка широкого пузырного протока. При небольшом де-

фекте необходимо дренирование холедоха, ушивание его на Т-образном дренаже. При большом дефекте, занимающем более полуокружности холедоха, нужно изменить оперативный доступ и выполнить гепатикоеюностомию на петле по Ру.

Выделение из ложа в условиях выраженного рубцового процесса, особенно в случаях «сморщенного» (склерозированного) желчного пузыря, требует порой использования специальной техники и инструментария. Стенка желчного пузыря в результате рубцового процесса грубо срашена с печенью, и определить слой свободного отделения пузыря от ложа не представляется возможным. Выделение крючковидным или L-образным электродом в большом числе наблюдений неэффективно, поэтому для выделения желчного пузыря из ложа необходимо использовать электрод-шпатель, 10 мм диссектор или лопатку Чугунова. Если и в этом случае выделить желчный пузырь из ложа не удастся, и существует повышенный риск кровотечения из гипертрофированных сосудов, питающих стенку пузыря и из сосудов печени, то выполняем операцию с оставлением задней стенки желчного пузыря (по Примбрану). Слизистую оставленной стенки тщательно коагулируем или испаряем плазменным скальпелем.

При удалении желчного пузыря из брюшной полости хирург испытывает определенные трудности, обусловленные большим объемом желчного пузыря из-за резко утолщенных стенок или вклиненных конкрементов. Необходимость инструментального расширения раны чревата развитием кровотечения из мышц брюшной стенки. При извлечении резко воспаленного желчного пузыря, чтобы избежать инфицирования тканей брюшной стенки необходимо использовать контейнер. Удалять желчный пузырь следует через эпигастральный прокол, так как этот участок брюшной стенки в меньшей степени подвержен образованию послеоперационных грыж. Расширенный троакарный прокол ушивается при помощи скорняжной иглы.

Санации и дренированию брюшной полости, как и при выполнении традиционных открытых операций, при осложненном холецистите придается особое значение. Проводится тщательное промывание подпеченочного пространства. Однако при интенсивном промывании с целью профилактики формирования в послеоперационном периоде абсцессов брюшной полости, и в первую очередь тазовых (учитывая раннюю активизацию пациентов), необходима тщательная ревизия брюшной полости, включая полость малого таза, и аспирация всех промывных вод.

В операционную бригаду для выполнения операции по поводу осложненных форм холецистита обязательно должны быть включены 2 опытных оперирующих хирурга.

Дренирование - обязательный принцип ЛХЭ. При травматичных операциях, когда преодолеваются трудности выделения пузыря из ложа, используется массивная коагуляция ложа. При остром холецистите, интенсивном использовании промывных растворов, явлениях перитонита целесообразно устанавливать один 8-10 мм или даже два дренажа: один к ложу желчного пузыря, второй в полость малого таза.

Конверсия осуществлена нами у 14 (7,25%) больных.

У 11 из них операцию заканчивали верхнесрединной лапаротомией, у 3 – «открытой лапароскопией» через минидоступ трансректальным разрезом в правом под-реберье с применением набора Мини ассистент фирмы San (Екатеринбург).

Интраоперационные осложнения наблюдались у 19 (9,8%) больных: вскрытие гепатикохоледоха - у 2 (1,04%) за счет пузырно-холедохеального свища, вскрытие двенадцатиперстной кишки - у 1 (0,52%) больной за счет пузырно-дуоденального свища, повреждение гепатикохоледоха - у 1 (0,52%); кровотечения из ствола пузырной артерии наблюдались у 11 (5,7%), из печеночных вен – у 4 (2,07%) больных. У 8 больных интраоперационные осложнения ликвидированы лапароскопическим методом, у остальных 11 - лапаротомным. Умер 1 (0,52%) больной в результате кровотечения из печеночных вен и развившейся вследствие этого острой сердечно-сосудистой недостаточности.

В послеоперационном периоде осложнения были у 11 (5,7%) больных: желчеистечение из ложа желчного пузыря – у 2 (1,04%), нагноение троакарных проколов – у 7 (3,62%), образование окологрыжковых грыж – у 2 (1,04%). Повторные операции в отдаленном послеоперационном периоде выполнены у 2 (1,94%) больных с послеоперационными грыжами.

Выводы:

1. Операции по поводу осложненных форм холецистита должны выполняться в специализированных стационарах, опытной операционной бригадой, владеющей эндоскопическим и традиционным методом оперирования.
2. Для создания адекватного доступа к желчному пузырю и его обзора в ряде случаев необходимо введение дополнительных троакарных, через которые будет обеспечиваться отведение препятствующих осмотру органов и тканей.
3. Применение плазменного скальпеля во время выполнения холецистэктомии у больных острым холециститом значительно повышает надежность гемостаза, предупреждает желчеистечение из ложа желчного пузыря, оказывает бактерицидный эффект, снижает травматичность и повышает надежность одного из этапов лапароскопической холецистэктомии - выделения желчного пузыря из ложа.
4. При синдроме Мириizzi, осложненным свищами, при небольшом дефекте необходимо дренирование холедоха или ушивание его на Т-дренаже; при большом дефекте, занимающем более полуокружности холедоха, необходимо изменить оперативный доступ и выполнить гепатикоеюностомию на петле по Ру.
5. Удаление желчного пузыря при ЛХЭ необходимо производить в полиэтиленовом контейнере через эпи-

гастральный троакарный прокол брюшной полости. Операцию завершать обязательным дренированием брюшной полости контрольно-информационными 8-10 мм дренажами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев В.Н., Иванов Ю.В., Соловьев Н.А. и др. Осложнения лапароскопических холецистэктомий у пожилых больных и пути их профилактики. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 101-103.
2. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Амелина М.А. Десятилетний опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением III-IV степени. Эндоскоп хир 2004; 3: 10-15.
3. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое руководство М 1992; 66.
4. Луцевич О.В., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Опыт 2500 лапароскопических холецистэктомий. Эндоскоп хир 1996; 2: 9-11.
5. Слободжанин М.П., Мальчиков А.Я., Мейтис В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения после лапароскопической холецистэктомии. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 357-359.
6. Троханов М.Ю., Шилов А.Б. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии. 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М 2008; 401-402.
7. Федоров В.Д., Стрекаловский В.П., Кубышкин В.А. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении калькулезного холецистита. Лапароскопическая хирургия. Междунар симп. М 1994; 17-19.

Асоратли холециститли беморларда лапароскопик холецистэктомиянинг ўзига хос томонлари

Б.Н.Шамирзаев, Ш.Д.Ачилов

ЎзР Мудофаа вазирилик марказий госпитали

Асоратли холециститли беморларда жами 1002 лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) бажарилган, шулардан 193 тасининг натижалари тахлил қилинди. Беморлар ёши 18 дан 83 гача бўлиб, аёллар 146 (75,6%) тани, эркеклар эса 47 (24,4%) тани ташкил қилди. Асоратланган холециститларда ЛХЭнинг техник хусусиятлари ва қийинчиликлари батафсил ўрганилган. Асоратли холециститларда ЛХА ихтисослаштирилган марказларда, ҳам лапароскопик, ҳам анъанавий холецистэктомия усуллари эркин эгаллаган тажрибали жаррохлар гуруҳи томонидан бажарилиши зарурлиги таъкидланган.