

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Д. О. Ковальчук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Проведено аналіз обстеження і лікування 195 хворих на гострий холецистит. 168 (86,15 %) виконано лапароскопічну холецистектомію, 27 (13,84 %) проведено конверсійну холецистектомію. Операцією вибору у хворих на гострий неускладнений холецистит у перші 6–24 год є лапароскопічна холецистектомія. Запропоновані технічні прийоми та розробки дали можливість значно покращити результати ЛХЕ та зменшити частоту різних інтра- і післяопераційних ускладнень від 3,0 до 0,15 %, а післяопераційну летальність до 3 (1,5 %).

PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPY CHOLECYSTECTOMY

D. O. Kovalchuk

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The authors made the analysis of testing and treatment of 195 patients with an acute cholecystitis. 168 (86,15 %) of them had the laparoscopy cholecystectomy and 27 (13,84 %) of them had the conversion cholecystectomy as the treatment. The laparoscopy cholecystectomy is the method of choice during the first 6-24 hours for patients with an acute not complicated cholecystitis. The offered techniques and development have reasonably improved the laparoscopy cholecystectomy results and reduced the frequency of different intra- and postoperative complications from 3,0 % up to 0,15 %, and postoperative death rate up to 3 (1,5 %).

Вступ. Однією з актуальних проблем абдомінальної ургентної хірургії залишається лікування гострого холециститу. Значною мірою це пов'язано зі збільшенням за останнє десятиліття числа хворих на гострий холецистит [2, 4, 6]. До останнього часу серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики, керуючись якою хірург зміг би вирішити питання – коли показана і в які терміни слід виконати операцію з максимальною користю для хворого. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання у хворих на гострий холецистит погіршує умови його виконання та збільшує кількість інтра- і післяопераційних ускладнень [1, 4, 6]. Досить часто в перипроцес гострого холециститу залуцається печінка, жовчні шляхи, судини, що нерідко

створює труднощі і призводить до виникнення тяжких ускладнень під час холецистектомії [1, 2, 5]. Разом з тим, результати лікування хворих на гострий холецистит не можуть задовольнити хірургів. Залишається високою післяопераційна летальність – 5–6 %, збільшується кількість ускладнень [3, 5, 7]. З огляду на це, профілактика інтра- і післяопераційних ускладнень, а також удосконалення технічних прийомів й розробка нових технологій лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі, на нашу думку, є досить перспективним.

Основна частина. Робота ґрунтується на аналізі результатів обстеження та лікування 195 хворих на гострий холецистит. 168 (86,15 %) виконано лапароскопічну холецистектомію, 27 (13,84 %) проведено конверсійну холецистектомію. Кри-

терієм оцінки загального стану хворих було вивчення клінічних, біохімічних показників, активності ферментів та ступеня ендогенної інтоксикації. Морфологічний стан жовчного міхура, проток та печінки хворих вивчали за допомогою клінічних, морфометричних, гістологічних та ультрасонографічних досліджень (УЗД). За показаннями виконували інтраопераційну холедоскопію, езофагогастродуоденофіброскопію.

Проведені нами морфологічні дослідження свідчать про те, що у хворих на гострий холецистит мають місце виражені патоморфологічні зміни, особливо периміхурової зони печінки та жовчних шляхів, які характеризувалися, головним чином, скупченням лейкоцитів в клітинних елементах та навколо жовчних капілярів, набряком міжчасточкової сполучної тканини та розширенням синусоїдальних судин. Характер таких змін у печінці й жовчовивідних протоках, як правило, знаходився в кореляційному взаємозв'язку між основними біохімічними показниками функціонального стану печінки: білірубіну, холестерину, креатиніну, тригліцеридів, загального білка, активності ферментів крові; ступенем ендогенної інтоксикації й залежав від форми запального процесу в стінці жовчного міхура, тривалості захворювання та наявності ускладнень (перитоніт, панкреатит, гепатит, механічна жовтяниця та ін.). Так, при дослідженні активності ферментів, які характеризують функціональний стан печінки, у 97 (66,0 %) хворих на гострий катаральний холецистит відмічалось підвищення активності аспаратамінотрансферази (АСаТ) до $(0,42 \pm 0,03)$ мкмоль/л (контроль – $(0,32 \pm 0,05)$ мкмоль/л), а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $(1,38 \pm 0,08)$ мкмоль/л (у 4,3 раза порівняно з контрольними величинами). Активність аланінамінотрансферази (АлаТ) у хворих на гострий катаральний холецистит збільшилася у 1,3 раза $(0,51 \pm 0,02)$ мкмоль/л, у хворих з флегмонозним холециститом у 3,4 раза $(1,32 \pm 0,08)$ мкмоль/л, а у хворих на гострий гангренозний холецистит у 5,1 раза $(1,95 \pm 0,06)$ мкмоль/л. Поряд з цим, нами виявлено значне збільшення активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ).

При дослідженні ступеня ендогенної інтоксикації нами виявлено, що уже у хворих на гострий катаральний холецистит мало місце незначне зростання концентрації молекул середньої маси – $0,287 \pm 0,012$ ум. од. (у 1,1 раза), у хворих на

гострий флегмонозний холецистит цей показник збільшився до $0,402 \pm 0,014$ ум. од. (у 1,6 раза), а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $0,481 \pm 0,020$ ум. од. (у 1,9 раза). Ці дані свідчать про те, що з розвитком запального процесу у жовчному міхурі збільшується концентрація молекул середньої маси, наростає ступінь ендогенної інтоксикації й погіршується стан хворих, тому вибором методу лікування у хворих на гострий холецистит, на нашу думку, повинна бути екстрена операція (лапароскопічна холецистектомія) до розвитку різних ускладнень. Визначаючи показання до лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит, ми виходили з загальновідомої думки про те, що лапароскопічні оперативні втручання на жовчних шляхах є менш травматичними порівняно з класичними операціями. Тому ми ставили питання про можливість їх виконання у всіх хворих на гострий холецистит і вважаємо, що застосування лапароскопічної холецистектомії є найбільш доцільним і ефективним у хворих на гострий неускладнений холецистит у перші 6–24 год захворювання. З метою оптимізації ЛХЕ і профілактики різних ускладнень, ми розробили модель апарату для автоматичного створення і підтримування пневмоперитонеуму на заданому рівні під час ЛХЕ (заявка на винахід).

Для пункції обструктивного гострого холециститу ми використали спеціальний пристрій, який забезпечує надійну фіксацію органа у заданому положенні, усуває ризик пошкодження і забруднення пунктатом оточуючих тканин. Для кращого захоплення та утримування інфільтрованої та потовщеної стінки жовчного міхура більше 4 мм ми запропонували метод електрокоагуляційних насічок. Для швидкого видалення кров'яних згустків під час кровотечі при інтраопераційному пошкодженні міхурової артерії або її гілок, а також для видалення жовчі та дрібних конкрементів (3–7 мм) ми сконструювали спеціальний апарат та розробили методику видалення кров'яних згустків, жовчі та дрібних конкрементів. З метою гемостазу і профілактики спайкового процесу в підпечінковому просторі, при наявності великого ложа жовчного міхура, на нього наносимо медичний клей МК-8 і підводимо клапоть сальника, для його тампонади.

Запропоновані технічні прийоми дають можливість вдосконалити технічне виконання лапароскопічної холецистектомії, запобігти розвитку

різних ускладнень, включаючи необхідність переходу до відкритої холецистектомії. Про те у 27 (13,84 %) хворих з високим ступенем складності лапароскопічної холецистектомії здійснено конверсійну холецистектомію. Найчастіше причиною конверсії були інфільтративно-запальні зміни в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і шийки жовчного міхура й труднощі ідентифікації анатомічних структур.

Висновки. 1. Вибором методу операції у хворих на гострий некалькульозний та калькульоз-

ний, неускладнений холецистит у перші 6–24 год від початку захворювання є лапароскопічна холецистектомія.

2. Запропоновані технічні прийоми та розробки при виконанні ЛХЕ дали можливість зменшити тривалість оперативного втручання у 1,5 раза та попередити виникнення різних інтра- і післяопераційних ускладнень, частота яких зменшилася за останні чотири роки від 3,0 до 0,15 %, а післяопераційна летальність склала 3 (1,5 %).

ЛІТЕРАТУРА

1. Березицький Я. С. Інтраопераційні й ранні післяопераційні ускладнення лапароскопічної холецистектомії / Я. С. Березицький, С. З. Ширяєв, В. Я. Березицький // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 3. – С. 58–59.

2. Василюк М. Д. Особенности диагностики и комплексного хирургического лечения острого холангита / М. Д. Василюк, С. М. Василюк // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 43.

3. Захараш М. П. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі? /

М. П. Захараш, М. І. Семендей, Ю. М. Захараш // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 47–49.

4. Мішалов В. Г. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії / В. Г. Мішалов, С. М. Гойда // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 74–77.

5. Лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі: причини ускладнень і переходів / П. Г. Кондратенко, Е. О. Герасименко, О. О. Белозерцев // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 70–74.