

© Суходоля А.І., Підмурняк О.О., Суходоля С.А., Тропарчук О.І., Коломієць О.В.

УДК: 617-089

Суходоля А.І., Підмурняк О.О., Суходоля С.А., Тропарчук О.І., Коломієць О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, Україна, 29000)

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ І РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Резюме. Проведено аналіз лапароскопічних холецистектомій у Хмельницькій області в період з 1994 по 2015 роки. Перша лапароскопічна холецистектомія виконана в 1994 році. За цей період було виконано 14344 лапароскопічних холецистектомій, з яких на гострий холецистит прооперовано 2308 (16%) пацієнтів та з приводу хронічного холециститу - 12036 пацієнтів (84%). Результати проведеного аналізу дали нам можливість правильно обрати терміни виконання лапароскопічних холецистектомій при гострому холециститі, що склали 24-48 годин від початку захворювання. Рання лапароскопічна холецистектомія зменшує як кількість конверсій, так і перебування пацієнта в стаціонарі. Правильне виконання техніки лапароскопічної операції профілактує інтраопераційні ускладнення. Діагностика ускладнень при лапароскопічній холецистектомії обов'язково потребує інтраопераційної або післяопераційної холангіографії з наступним проведенням реконструктивної операції. Терміни лікування таких пацієнтів значно збільшуються.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, гострий холецистит, Хмельницька область, терміни виконання лапароскопічних холецистектомій, лікування та діагностика ускладнень.

Вступ

За останні роки в хірургічному лікуванні жовчечкової хвороби відбувся значний прогрес пов'язаний з широким впровадженням лапароскопічної холецистектомії та стандартизацією техніки її виконання.

Разом з тим проблема ускладнень при лапароскопічній холецистектомії залишається актуальною і сьогодні. А такі хірургічні ускладнення як коагуляційна (термічна) травма протоків, судин, ускладнення пов'язані з пневмоперитонеумом є суцільно специфічними тільки для лапароскопічної холецистектомії. Актуальною є проблема ятрогенних пошкоджень протоків під час лапароскопічної холецистектомії [2].

Мета нашої роботи є визначення оптимальних термінів виконання ЛХЕ, аналіз, прогнозування та профілактика інтра- і ранніх післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи

Відповідно до мети ми провели аналіз результатів ЛХЕ проведених в Хмельницькій області. Перша лапароскопічна холецистектомія виконана в 1994 році. Всього за цей час по області виконано 14344 операцій. В області використовується 15 лапароскопічних комплексів. На рисунку 1 показана динаміка виконання ЛХЕ в Хмельницькій області за 21 рік - в залежності від форми (гострий і хронічний). Починаючи з 2008 року - поступовий ріст як в центральних районних лікарнях,

так і міських.

Хворі були у віці від 11 до 80 років. Жінки склали переважну більшість пацієнтів 86,7%. Діагноз ЖКХ верифікували за допомогою УЗД.

Ультрасонографія до операції дозволяє встановити зміни з боку як міхура - товщина стінок, конкременти, абсцес, так і в сусідніх органах - підшлунковій залозі, печінці.

Усім пацієнтам обов'язково виконували ФЕГДС, призначали огляд кардіолога і гінеколога, а також комплекс загальноприйнятих обстежень згідно стандартів. Під час передопераційного обстеження переслідували мету підтвердження та встановлення діагнозу, і встановлення супутньої патології, яка потребує додаткової хірургічної корекції, або унеможлиблює ЛХЕ. У 16% (2308) по Хмельницькій області пацієнтів ЛХЕ виконано з приводу гострого холециститу. Що стосується хірургічної тактики при ГХ, то вона змінювалась від протипоказів до ЛХЕ (в період оволодіння методикою) до активної тактики (за виключенням абсолютних протипоказів) в наступний період.

ЛХЕ з приводу ГХ має деякі технічні особливості. Виділення жовчевого міхура з інфільтрату виконували м'якими затискачами або кінцем електровідсмоктувача. При неможливості захватати жовчевий міхур затискачами, останній пунктуємо і відсмоктуємо жовч.

По мірі виділення міхура з інфільтрату, його разом з правою долею печінки відводимо до діафрагми. Таким чином вдається частково, або повністю візуалізувати шийку та міхурову протоку. При подальшому виділенні міхурової протоки ми стараємось мінімально використовувати електрокоагулятор, а користуємось дисектором. Кліпсування міхурової протоки і артерії виконуємо тільки після візуалізації і роздільно.

Ми дотримуємось активної хірургічної тактики. Протягом 24-48 годин проводимо коротку передопераційну підготовку, яка направлена на зменшення проявів ендотоксикозу, компенсацію супутніх порушень [4]. Обов'язково всім пацієнтам проводимо передопераційну антибіотикопрофілактику препаратами цефалоспоринового ряду і профілактику тромбоемболічних ускладнень - НМГ.

Результати. Обговорення

Ми виділяємо наступні групи ризику пацієнтів за інтраопераційними ускладненнями: ожиріння, злуковий процес, рубцеві зміни в зоні операції, анатомічні відхилення від норми. Також враховуємо і фактори ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень.

Безпосередні причини інтраопераційних ускладнень можна розділити на три групи: "небезпечна анатомія", "небезпечні патологічні зміни", "небезпечна хірургія" [1].

"Небезпечна анатомія": варіанти будови та проходження поза печінкових жовчевих шляхів. Небезпечну анатомію, в якійсь мірі, можна нівелювати поглибленим доопераційним обстеженням: ЕРПХГ. Велике значення має кваліфікація хірурга, знання можливих анатомічних варіантів жовчовивідних шляхів. Виконується ЛХЕ хірургами, які володіють відкритим способом операції.

"Небезпечні патологічні зміни" виникають при таких захворюваннях як гострий холецистит, с-м Мірізі, цироз печінки, запальний інфільтрат печінково-дванадцятипалої зв'язки. Вищенаведені патологічні стани потребують знань проти показів до ЛХЕ, ретельного дотримання правил препарування тканин, дуже важливим є доопераційна діагностика важких станів і ситуацій до операції.

"Небезпечна хірургія", цей термін говорить сам про себе - це необґрунтовано довгий термін часу до конверсії; це неправильна тракція міхура, яка призводить до зміни співвідношення нормальних анатомічних структур; це зу-

пинка кровотечі всліпу.

Відповідно до терміну виникнення інтраопераційних ускладнень, останні можна представити трьома групами: 1. ускладнення пов'язані з накладанням пневмоперитонеума та введення троакарів; 2. ускладнення пов'язані з мобілізацією жовчного міхура та кліпсуванням міхурової протоки і артерії; 3. екстраабдомінальні ускладнення.

При накладанні пневмоперитонеума ускладнення були наступними: емфізема передньої черевної стінки (71 пацієнт 0,5%), пневмооментум (25 пацієнтів 0,17%) пошкодження судин брижі і чепця (4 пацієнта 0,03%), а також порожнистих та паренхіматозних органів (12 пацієнтів 0,08). У хворих, які раніше перенесли оперативне втручання, перед ЛХЕ виконували УЗД для встановлення найнебезпечнішого місця проведення голки Вереша або пневмоперитонеум накладали відкрито. Ми вважаємо, що цей прийом є найефективнішим в профілактиці пошкоджень внутрішніх органів під час накладання пневмоперитонеума і введення троакарів.

Інтраопераційні ускладнення на етапі мобілізації та видалення жовчевого міхура представлені: пошкодження гепатикохоледоха (14 пацієнтів 0,1 %) малі та великі (рис. 2), перфорація жовчевого міхурата жовчевитікання (302 пацієнти 2,11 %), випадіння конкрементів (170 пацієнтів 1,19%); травма порожнистих органів (3 пацієнтів 0,02%); пошкодження судин (15 пацієнтів 0,11%).

Пошкодження гепатикохоледоха вважається найнебезпечнішим з даної групи. Вірогідність такої травми зростає в складних анатомічних ситуаціях, при інфільтративних процесах в ділянці шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки. Ми спостерігали пошкодження гепатикохоледоха у 14 пацієнтів (0,1%), із них у 2-х пацієнтів відмічено неповне пошкодження холедоха в місці відходження міхурової протоки, у

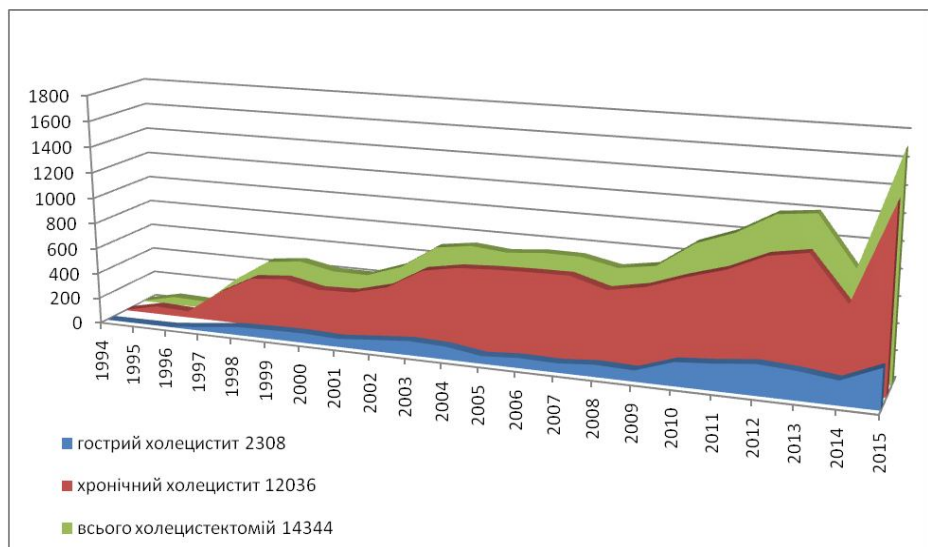


Рис. 1. Динаміка виконання ЛХЕ в Хмельницькій області за 21 рік.



Рис. 2. Пошкодження гепатикохоледоха.

12-ти - повне та різної висоти.

Корекція таких ускладнень, безперечно, потребує виконання інтраопераційної або післяопераційної холангіографії з послідуочим проведенням реконструктивної операції - високої гепатикоєюностомії за участю досвідчених хірургів. Лікування подібних пацієнтів займає декілька місяців [3].

Жовчевитікання зустрічається частіше в пацієнтів з деструктивними формами холециститів. Довготривалим вважається жовчевитікання більше 3 днів в післяопераційному періоді і дебіті 200-300 мл за добу.

Видаляли жовчевий міхур через розріз, що розташовується біля мечоподібного відростка, з обов'язковим зашиванням рани апоневрозу. Ми вважаємо, що видалення інфікованого жовчевого міхура через біля пупковий розріз з більшою вірогідністю його інфікування, з послідуочим утворенням кили. Слід відмітити, що утворення кил в ділянці верхнього троакара малоімовірно, так як ця ділянка "захищена" правою долею печінки.

Ізекстраабдомінальних інтраопераційних ускладнень найнебезпечнішим є пневмоторакс (3 пацієнта 0,02%). Це досить грізне ускладнення, яке потребує термінового дренивання плевральної порожнини. Ми підтримуємо думку тих авторів, які вважають причиною інтраопераційного пневмотораксу - попадання повітря через щілини в діафрагмі. Інші екстраабдомінальні інтраопераційні ускладнення, такі як гіпотонія і порушення серцевого ритму анестезіологи корегували медикаментозно.

Конверсія виконана у 84 випадках (0,59%). Причиною конверсії були інфільтрати з неможливістю мобілізації та візуалізації анатомічних структур (36 пацієнтів 43%), кровотеча з міхурової артерії (44 пацієнти 52%), що не вдалося зупинити кліпсуванням і рак жовчевого міхура (4 пацієнта 5%). Відкритій операції при даних захворюваннях та анатомічних особливостях повинна передувати лапароскопія [5].

Усім пацієнтам дренивали підпечінковий простір мікроіригатором, який видаляли на 2-3 добу. У 8 (0,06%)

пацієнтів спостерігали підтікання жовчі від декількох до 150-200 мл за добу. В одному випадку підтікання жовчі було обумовлено неспроможністю міхурової протоки, що потребувало невідкладної релапароскопії і кліпсування протоки. Вважаємо, що дренивання підпечінкового простору є обов'язковим та самим надійним прийомом в діагностиці післяопераційних кровотеч і підтікання жовчі.

Серед ранніх післяопераційних інтраабдомінальних ускладнень були: абсцеси (57 пацієнтів 0,4%), внутрішня кровотеча (8 пацієнтів 0,06%), жовчевитікання (46 пацієнтів 0,32%), перитоніт (4 пацієнта 0,03%), гематома (нагноєння, серома, кровотеча) шкірних ран (102 пацієнта 0,71%). Серед екстраабдомінальних - пневмонія (38 пацієнтів 0,26%), плеврит (17 пацієнтів 0,12%), тромбоемболія легеневої артерії (6 пацієнтів 0,04%), тромбофлебії та ПТФС (20 пацієнтів 0,14%), гостре порушення мозкового кровообігу (5 пацієнтів 0,03%), інфаркт міокарду (2 пацієнти 0,01%). ТЕЛА з летальним наслідком була у 6 пацієнтів. Нагноєння троакарних ран було у 192 (1,34 %) пацієнтів.

Післяопераційна летальність склала 0,09%. Померло 13 пацієнтів. Основними причинами летальності виявились ТЕЛА - 6 пацієнтів, жовчевий перитоніт - 3 пацієнта, інфаркти міокарда (та ГПМК) - 4.

Середній термін перебування на ліжку пацієнтів ЛХЕ при гострому холециститі складав $4,7 \pm 1,9$ діб.

Аналіз результатів ЛХЕ при гострому холециститі підтвердив правильність та доцільність активної хірургічної тактики, тобто виконання операції на протязі 24-48 годин від початку захворювання. Це дає можливість попередити грізні ускладнення і виконати втручання в стадії нещільного інфільтрату. Для попередження більшості післяопераційних ускладнень ЛХЕ при гострому холециститі вирішальне значення має рівень підготовки хірурга, досвід оперативних втручань на жовчевивідних шляхах, доопераційної діагностики біліарної патології, кваліфікація операційної бригади, ретельне дотримання стандартів на всіх етапах лапароскопічного втручання та обов'язкова профілактика тромбоемболічних ускладнень.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оптимальними і найбільш сприятливим терміном виконання лапароскопічних холецистектомій з приводу гострого холециститу є 2-4 доба (фаза нещільного інфільтрату).

2. Ретельне дотримання технологій лапароскопічної холецистектомії на всіх етапах є надійною профілактикою інтраопераційних ускладнень.

3. При підозрі на пошкодження позапечінкових жовчевих шляхів під час операції виконання інтраопераційної холангіографії є обов'язковим.

Планується подальший аналіз результатів впровадження лапароскопічних холецистектомій.

Список літератури

1. Желчнокаменная болезнь: руководство / Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. - М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
2. Лапароскопічна холецистектомія в умовах гострого холецистититу / М. Ю. Нечитайло, А. В. Скумс, О. М. Литвиненко, П. В. Огородник, В. В. Дяченко // Пробл. мед.науки та освіти. - 2005. - № 2. - С. 53-54, 63.
3. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Нечитайло, А. В. Скумс. - К. : Макком, 2006. - 343 с.
4. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. A prospective comparative study in patients with acute vs. chronic cholecystitis / P. Pessaux, J.J. Tuech, C. Rouge [et al.] // Surg. Endosc. - 2000. - Vol. 14 (4). - P. 358-61.
5. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis / F. Cocolini [et al.] // Int. J. Surg. - 2015. - Vol. 24 (Pt A). - P. 107.

Суходоля А.И., Пидмурняк А.А., Суходоля С.А., Тропарчук О.И., Коломиец О.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ И РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Проведен анализ лапароскопических холецистэктомий в Хмельницкой области в период с 1994 по 2015 годы. Первая лапароскопическая холецистэктомия выполнена в 1994 году. За этот период было выполнено 14344 лапароскопических холецистэктомий, из которых на острый холецистит прооперированных пациентов 2308 (16 %) и по поводу хронического холецистита - 12036 пациентов (84 %). Результаты проведенного анализа дали нам возможность правильно выбрать сроки выполнения лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите, составивших 24-48 часов от начала заболевания. Ранняя лапароскопическая холецистэктомия уменьшает как количество конверсий так и пребывания пациента в стационаре. Правильное выполнение техники лапароскопической операции профилактирует интраоперационные осложнения. Диагностика осложнений при лапароскопической холецистэктомии обязательно требует интраоперационной или послеоперационной холангиографии с последующим проведением реконструктивной операции. Сроки лечения таких пациентов значительно увеличиваются.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, Хмельницкая область, сроки выполнения лапароскопических холецистэктомий, лечение и диагностика осложнений.

Sukhodolia A., Pidmurnyak O., Sukhodolia S., Troparchuk O., Kolomiets O.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INTRAOPERATIVE AND EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR CHOLELITHIASIS

Summary. The analysis of laparoscopic cholecystectomy in Khmelnytsky region between 1994 and 2015 has done. The first laparoscopic cholecystectomy performed in 1994. During this period, 14,344 were performed laparoscopic cholecystectomy. Acute cholecystitis was operated 2308 (16 %) and patients with chronic cholecystitis - 12036 (84 %). The aim of investigation was to determine the optimal timing of laparoscopic cholecystectomy, analysis, prediction and prevention of intra- and early postoperative complications. The results of the analysis have enabled us to choose the right timing of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis, amounting to 24-48 hours of onset. Early laparoscopic cholecystectomy reduces the number of conversions and the patient's stay in hospital. Proper execution of the laparoscopic surgery is the prevention of intraoperative complications. Diagnosis of complications of laparoscopic cholecystectomy necessarily requires intraoperative or postoperative cholangiography with subsequent conduct reconstructive surgery. Terms treat these patients significantly increased.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, Khmelnytsky region, deadlines laparoscopy cholecystectomy, diagnosis and treatment of complications.

Рецензент - д.мед.н., доц. Власов В.В.

Стаття надійшла до редакції 01.12.2015 р.

Суходоля Анатолий Иванович - д.мед.н., проф., зав. кафедры хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 067 661-65-03
 Пидмурняк Олександр Олексійович - д.мед.н., зав. хірургічним відділенням Хмельницької обласної лікарні; +38 067 380- 27-27
 Суходоля Сергій Анатолійович - заочний аспірант кафедри хірургії №1 ВНМУ імені М.І. Пирогова, хірург Хмельницької обласної лікарні; +38 097 939-85-37; ssukhodolia@gmail.com
 Тропарчук Олег Іванович - хірург, лікар вищої категорії Хмельницької обласної лікарні; +38 097 976-19-14; olegwizardkhn@gmail.com
 Коломиєць Олександр Володимирович - клінічний ординатор кафедри хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 096 949-07-96; sanyakoka@gmail.com