

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мамакеев М.М., Абдуллаев Дж.С., Тилеков Э.А., Кадыров К.А.

*НХЦ МЗ КР, г. Бишкек*

**Резюме.** Проведен анализ 1332 лапароскопических холецистэктомий. При наличии обтурационного холецистита необходимо предварительно произвести чрескожную пункцию желчного пузыря, эвакуацию содержимого и промыть полость желчного пузыря раствором антисептика дочиستا.

Осложнения потребовали лапаротомии у 5 больных, релапароскопии - у 1 пациента и пункции под контролем ультразвука - у 6 больных.

**Ключевые слова:** острый холецистит, хронический холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, осложнения.

## EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Mamakeev M.M., Abdullaev J.S., Tilekov E.A., Kadyrov K.A.

*NSC MH KR, Bishkek*

**Summary.** The analysis of 1332 laparoscopic cholecystectomy. In the presence of obstructive cholecystitis, it is necessary preliminarily make a percutaneous puncture of the gallbladder, evacuate the contents and wash the cavity of the gallbladder with an antiseptic solution clean.

Complications required laparotomy in 5 patients, relaparoscopy in 1 patient and puncture under ultrasound control in 6 patients.

**Key words:** acute cholecystitis, chronic cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, conversion, complications.

До недавнего времени «золотым стандартом» в лечении желчно - каменной болезни была открытая холецистэктомия (ОХЭ), с результатами которой и сравнивали другие методы лечения [1, 2]. Летальность при плановых ОХЭ не превышала 0,5%. Количество осложнений в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента составляло 5-15% [3].

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) завоевала достойное место в лечении заболеваний желчного пузыря. Она обладает неоспоримым преимуществом перед открытой холецистэктомией [4-9].

Лапароскопическая холецистэктомия, впервые произведенная во Франции в 1986 г. Nezhat и в 1987 г. Mourat, и названная «Вторая Великая Французская Революция» широко распространилась по всей

планете. Сейчас эта операция разработана до мельчайших деталей, открытые вопросы остаются лишь в отношении острого холецистита и сочетания с холелитиазом [10-15]. К настоящему времени накоплен опыт уже сотен тысяч лапароскопических холецистэктомией, варианты техники касаются в основном положения больного на операционном столе, точек введения троакаров, использования для препаровки лазера или электрокоагуляции, а также электрокрючка или ножниц. В отношении предоперационного обследования разногласия несущественны и касаются предоперационной экскреторной холангиографии. В то время, как в большинстве стран ее не считают достоверной и необходимой, в Европе, особенно во Франции, еще продолжают считать этот метод оправданным.

В НХЦ МЗ КР с февраля 1996 года по июнь 2000 года выполнено 1332 лапароскопических холецистэктомий, мужчин было 236, женщин - 1096; в возрасте до 20 лет было 16 больных, от 21 до 30 лет - 124, от 31-40 лет - 261, от 41 - 50- 304; от 51-60- 269, от 61- 70 -235 и старше 71 года -112.

Техника ЛХЭ в основном не отличалась от общепринятой. Желчный пузырь удаляли через боковой разрез и при этом ни в одном случае не имели осложнений, связанных с этим.

Хронический холецистит наблюдался у 583 (43,8%) больных, остальные 749 (56,2 %) пациентов оперированы по поводу острого холецистита.

При поступлении, на основании клиники и УЗ-исследования ставятся показания к экстренной операции или проводится медикаментозное лечение в течение 12-24 часов (в ночное время, при отсутствии выраженных деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, при отказе больных от операции). При отсутствии эффекта от консервативного лечения больные оперируются на второй день. При купировании приступа проводится срочная ЛХЭ через 48 - 72 часов. Оптимальным периодом для операции ЛХЭ являются первые 3-суток от момента заболевания, при поступлении больных через 72 и более часов с начала явлений острого холецистита, инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря затрудняют выделение пузырного протока и пузырной артерии, что вынуждает к переходу на традиционную холецистэктомию.

Перед операцией больные подвергались комплексному обследованию, включая УЗИ печени, внепеченочных желчных путей, поджелудочной железы. Больные, в анамнезе у которых были случаи желтухи, и с диаметром холедоха более 1 см, из-за отсутствия возможности произвести ЭРХПГ и эндоскопическую папиллосфинктеротомию оперировались обычным способом.

Хронический холецистит наблюдался у 583 больных.

Основным показанием в начале освоения лапароскопической холецистэктомии мы ставили хронический холецистит. Все этапы

этой операции были общепринятыми.

Катаральные изменения стенок желчного пузыря при ЛХЭ установили у 204 (15,3%) пациентов. У 88 из них выявили водянку желчного пузыря и у 23-серозный перитонит. 51 больных оперировали до 24 часов от начала заболевания, до 48 часов -35 и остальных через трое суток. Выделение желчного пузыря, пузырного протока и артерии технических трудностей не представляло.

У 419 (31,5%) больных выявили флегмонозный холецистит с эмпиемой желчного пузыря в 128 наблюдениях и в сочетании с перитонитом - в 56 случаях. До 24 часов от начала заболевания были оперированы -105 больных, до 48 часов -102 и более 48 часов 215 больных. Выраженный отек и инфильтрация тканей в области шейки желчного пузыря, фиксация сальника к его стенкам значительно затрудняли выделение и обработку пузырного протока и артерии.

Наибольшие трудности для ЛХЭ представляли 126 (9,5%) больных с гангреной желчного пузыря, которая сопровождалась перитонитом у 99 пациентов. В связи с поздней госпитализацией большинство больных этой группы оперировали на четвертый день заболевания (73 больных). Выраженность воспалительного процесса и хрупкость тканей требовали более длительного выделения желчного пузыря и его элементов, а также особенно деликатного обращения с тканями. Часто возникала необходимость дополнительного

клипирования пузырного протока и артерии.

Во время операции мы придерживаемся следующих правил: при наличии обтурационного холецистита необходимо предварительно произвести чрескожную пункцию желчного пузыря, эвакуацию содержимого и промыть полость желчного пузыря раствором антисептика дочиста.

-при наличии плотных спаек желчного пузыря с окружающими органами, как двенадцатиперстная кишка, поперечноободочная кишка, желудок, необходимо пересекать спайки максимально вблизи желчного пузыря, одновременно оттягивая припаянный орган во избежание его повреждения.

-препаровку пузырного протока необходимо начинать с шейки желчного пузыря и продолжать в сторону гепатикохоледоха до четкой ее визуализации.

-необходимо наложение 2 клипс на центральный и 1 клипсы на периферический концы пузырного протока и пересекать ее ножницами, без использования коагуляции, чтобы предупредить ожог культи пузырного протока и соскальзывание клипсы с нее в послеоперационном периоде.

-пузырную артерию необходимо выделять ближе к желчному пузырю и обязательно клипировать ее центральный конец, а периферический отдел нужно коагулировать на протяжении для образования тромба в ее просвете и только после этого пересечь.

-при инфильтративных и рубцовых изменениях в области

гепатодуоденальной связки необходимо своевременно переходить на традиционный способ холецистэктомии.

-при деструктивном холецистите, в случаях возникновения технических сложностей во время операции, как желчеистечение с выпадением конкрементов или кровотечение с образованием сгустков в подпеченочном пространстве, удаление желчного пузыря производим через боковую рану, расширенную до 3-4 см. При этом имеется возможность визуальной санации подпеченочного пространства. Операцию завершаем обязательным дренированием подпеченочного пространства дренажной трубкой и резиновой полоской, последняя удаляется на 3-5 сутки, в зависимости от количества и качества отделяемого (экссудат, желчеистечение, кровь). При невозможности удаления желчного пузыря целиком (при деструктивном или склерозированном желчном пузыре), возможно удаление его по частям и даже оставление его задней стенки, после тщательной коагуляции слизистой (мукоклазия). В подобных случаях и при паренхиматозном кровотечении ложа желчного пузыря, с гемостатической целью, приходится оставлять марлевый тампон на ложе желчного пузыря.

В большинстве случаев при остром холецистите операцию заканчиваем расширением бокового прокола до 3-4 см, санацией брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства трубкой и резиновым дренажом - полоской, последний удаляется на 3-

7 сутки в зависимости от количества и характера отделяемого (экссудат, желчь).

При проведении ЛХЭ встречаются все осложнения, присущие холецистэктомии открытым доступом, и специфические за счет применения эндохирургического инструментария. Одним из ведущих критериев оценки нового способа вмешательства, по нашему мнению, является частота серьезных интра- и послеоперационных осложнений. На 1332 предпринятых лапароскопических холецистэктомий серьезные осложнения (повреждение гепатихохоledoха, кровотечения из пузырной артерии, послеоперационный перитонит, и другие) наблюдались у 59 (4,4%). При этом надо отметить в первые годы освоения метода осложнения встречались часто, на первый год приходится 80% осложнений. Существенное снижение частоты серьезных осложнений, безусловно, связано с накоплением опыта и изменением некоторых деталей выполнения вмешательства. Осложнения наблюдались в 38 случаев, из них опасные для жизни больного - в 29. Интраоперационные осложнения отмечались у 29 больных: ранение воротной вены - 1, кровотечение из ствола пузырной артерии - 8, кровотечение из дополнительной пузырной артерии - 11, перфорация желчного пузыря - у 9 больных.

Под термином «конверсия» в лапароскопической хирургии понимается переход к лапаротомии, то есть отказ от продолжения операции лапароскопическим

способом.

Необходимость в конверсии по ходу ЛХЭ возникает в 3-7% случаев. Показаниями конверсии являются неясная анатомия в зоне треугольника Кало, невозможность идентифицировать элементы ворот печени из-за выраженных инфильтративных или рубцово-склеротических изменений, интраоперационные осложнения: ранение внепеченочных желчных протоков, кровотечение, которое невозможно остановить без риска повреждения элементов гепатодуоденальной связки, выявление по ходу лапароскопии заболеваний, не диагностированных до операции. Чаще это опухолевый процесс с локализацией в ободочной кишке.

Переход к лапаротомии не является поражением хирурга, признаком его слабости и некомпетентности. Лапаротомия - почетное отступление, позволяющее предотвратить тяжелые, иногда фатальные осложнения.

Переход на лапаротомию потребовался у 76 (5,7 %) больных и при этом в 20 случаях причиной перехода на лапаротомию было кровотечение, у 8 было повреждение внепеченочных желчных протоков. В остальных наблюдениях переход на лапаротомию был обусловлен сложностью ситуации в связи с инфильтративно-рубцовым процессом.

Эндоскопическая хирургия изменила принципы ведения больных после операции. Отсутствие болей в животе и мышцах брюшной стенки позволяет не ограничивать физическую

активность пациента уже в первые сутки после операции. Наркотические анальгетики не назначают. Полноценная экскурсия диафрагмы предотвращает гипостатическую пневмонию. Перистальтика восстанавливается через несколько часов, самое позднее - через сутки после операции. Тошнота и рвота редкое явление. В отличие от традиционной абдоминальной хирургии напряжения мышц передней брюшной стенки нет, незначительная локальная болезненность имеет место лишь в местах введения троакаров. Дефанс и вздутие живота настолько нетипичны для лапароскопических операций, что их появление всегда свидетельствует о послеоперационном осложнении (кровотечение, желчеистечение, повреждение кишечника и др.).

В послеоперационном периоде осложнения были у 21 (1,6%) больных: подпеченочный абсцесс - 1, подпеченочная гематома - 2, подпеченочный инфильтрат - 5, желчеистечение из ложа желчного пузыря - 5, несостоятельность культи пузырного протока - 2, спаечная деформация двенадцатиперстной кишки - 1 и нагноение послеоперационной раны было у 5 больных. Эти осложнения потребовали лапаротомии у 5 больных, релапароскопии - у 1 пациента и пункции под контролем ультразвука - у 6 больных.

Принимать пищу больному позволяют со вторых суток. Длительность нахождения в стационаре составляет 1-7 дней, что зависит от особенностей



заболевания и характера операции. Как правило, через 1-2 нед. после вмешательства пациент может вернуться к привычному образу жизни, включая легкий физический труд и занятия спортом.

Из 1332 лапароскопических холецистэктомий умерли двое больных (0,1%).

Сроки пребывания больных в стационаре находятся в прямой зависимости от длительности заболевания до операции и в среднем составили 7 койко дней, что в 2 раза меньше, чем при открытой холецистэктомии. Также

значительно уменьшается потребность в шовном, перевязочном материалах и в медикаментах, что в конечном итоге приносит значительный экономический эффект. Немаловажен и косметический эффект, так как более 80% больных составляют женщины.

Анализ полученных результатов диктует необходимость проведения следующих профилактических мероприятий:

- тщательной анатомической препаровки и мобилизации трубчатых структур в зоне треугольника Кало;

- своевременной пункции желчного пузыря с аспирацией его содержимого;

- внутривенного введения антибиотиков широкого спектра действия при попадании инфицированного содержимого желчного пузыря в брюшную полость;

- обязательного дренирования подпеченочного пространства; -

- тампонирования ложа желчного пузыря при диффузном кровотечении из него, которое невозможно остановить эндохирургическими методами;

- в случае желчеистечения или развития местного либо диффузного желчного перитонита нужно активнее использовать метод релапароскопии с лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия является одним из основных методов хирургического лечения заболеваний желчного пузыря и позволяет максимально снизить послеоперационные осложнения, сократить сроки пребывания больных в стационаре и осуществить раннее восстановление трудоспособности пациентов после операции. Лапароскопическая холецистэктомия при всех видах холецистита, выполняемая при соблюдении определенных технических правил, является безопасной операцией и должна стать методом выбора при хирургическом лечении больных холециститом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Э.И.Гальперин, Н.В.Волкова. *Заболевания желчных путей после холецистэктомии*. М.: Медицина, 1988.- 265с.

2. Дж. С. Абдуллаев. *Первый опыт видеоскопической хирургии острого холецистита //Торакоабдоминальная хирургия /Сб.науч. тр. Бишкек, 1998.- С.42-46.*

3. О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990.-560с.
4. О.С. Кочнев, И.А. Ким. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. Казань: Изд-во Казанского Университета, 1988.-151с.
5. С.И. Емельянов, В.В. Феденко, Н.Л. Матвеев. Эндоскопическая хирургия: Status preasens и перспективы. //Эндоскопическая хирургия. -1995. -№1. -С. 9-14.
6. И.В. Федоров. Особенности ЛХЭ при остром холецистите. //Эндохирургия сегодня.-1995.-№4.-С.7-11.
7. Дж.С. Абдуллаев, М.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии //Актуальные вопросы современной медицины. Бишкек, 1997.-С.45-46.
8. А.С. Балалыкин, Г.В. Азаров, В.В. Гвоздик и др. Принципы комплексного эндоскопического лечения холедохолитиаза. //Эндоскопическая хирургия. -2000. -№2. -С. 8.
9. Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев, М.Ш. Партов. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. //Эндоскопическая хирургия.- 2000.- №2.-С.46.
10. И.В. Федоров, Л.Е. Славин. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Казань, 1995.-72с.
11. М.М. Мамакеев, Ж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. //Труды 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М.:1997.- С.66-67.
12. М.М. Мамакеев, Ж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков. Наш опыт лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите. //Холецистит и его осложнения. Бухара, 1997.- С.68-69.
13. Ю.С. Виник, С.В. Миллер, С.П. Мухин и др. Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. //Эндоскопическая хирургия.-2000.-№2.- С. 17-18.
14. А.Я. Коровин, В.В. Выступец, Д.Н. Зайченко и др. Эндоскопическая холецистэктомия при осложненном деструктивном холецистите. //Эндоскопическая хирургия.-2000.-№2.- С.34-35.
15. В.И. Малярчик, А.Е. Климов, Р.В. Тедорадзе. Особенности хирургической техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите //Эндоскопическая хирургия.-2000.- №2.-С.41-42.