

УДК 616.366—003.7—089:616.381—072.1



О.С. Мунтян, В.І. Балик, А.А. Корнєєв

## Досвід оперативного лікування деструктивних кам'яних холециститів лапароскопічним методом

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ  
Придніпровської залізниці

**Ключові слова:** лапароскопічна холецистектомія, троакар, гострі та хронічні холециститу, жовчнокам'яна хвороба, черевна порожнина, дренажування ложа жовчного міхура, дренажування піддіафрагмального простору.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) — поліетіологічне захворювання, для якого характерне утворення конкрементів у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах. Нині у світі страждають на це захворювання близько 10% населення, причому жінки у 5—8 разів частіше, ніж чоловіки [2, 4].

Хоча лікування ЖКХ має тисячолітню історію, у багатьох клініках світу ведеться пошук нових методів терапії. Після впровадження в клінічну практику ендоскопічної технології на початку ХХІ ст. більшість операцій проводять за допомогою малоінвазивних методів.

Широкий розвиток відеоендоскопічної хірургії робить актуальною проблему профілактики і тактики лікування інтра- і післяопераційних ускладнень у разі гострих та хронічних деструктивних кам'яних холециститів.

Для пацієнтів з неускладненою ЖКХ без ознак гострого запального процесу в стінці жовчного міхура лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є «золотим стандартом» лікування.

Складніше лікувати хворих з гострим запаленням жовчного міхура, ускладненим формами ЖКХ. Для одержання задовільних результатів лікування необхідно правильно обрати спосіб, час і обсяг операції. Нині з'явилася можливість радикального лапароскопічного лікування більшості форм ЖКХ і її ускладнень [1, 2, 5].

### Матеріали та методи

У відділенні ендоскопічної хірургії Дорожньої клінічної лікарні на ст. Дніпропетровськ за 2004—2008 рр. було виконано 1052 лапароскопічні холецистектомії. 183 (17,3%) хворих мали середню тривалість ЖКХ менше 5 років, 756 (72%) — від 5 до 10 років, 113 (10,7%) — понад 10 років.

Співвідношення частоти випадків захворювання у чоловіків та жінок становило 1:6.

За період 2004—2008 рр. у відділенні було виконано 158 оперативних втручань, що становить 15% від загальної кількості прооперованих хво-

рих, з них 62 — з приводу гострої форми хронічного холециститу, 96 — хронічного деструктивного.

У всіх випадках хворі були обстежені на доопераційному етапі в повному обсязі. Під час ультразвукового обстеження були виявлені деструктивні форми ЖКХ, що підтвердилося під час проведення оперативного втручання.

Стандартна передопераційна підготовка включала обов'язкову профілактику тромбоемболічних ускладнень низькомолекулярними гепаринами за стандартними схемами.

Пацієнтів з гострою формою ЖКХ оперували в перші 48 год від моменту захворювання [3, 6]. Середня тривалість операції у разі гострої форми становила  $(50,0 \pm 15,0)$  хв, у разі хронічних деструктивних холециститів — від 50 хв до 1 год 20 хв. Інтраопераційно в усіх випадках проводили декompresію жовчного міхура за допомогою пункції та евакуації вмісту [1]. Здійснювали обов'язковий бактеріальний посів вмісту для виявлення чутливості флори до антибіотиків [2, 4, 6].

Спостерігали такі інтраопераційні ускладнення:

- 1) перфорація жовчного міхура — 55 випадків;
- 2) кровотеча із ложа жовчного міхура — 12. Гемостаз проводили за допомогою коагуляції та сітки «Surgicel»;
- 3) злуковий процес з порушенням анатомії трикутника Кало — майже 90% випадків.

У післяопераційний період були зафіксовані такі ускладнення:

- 1) піддіафрагмальний абсцес — 1 випадок, підтверджений за допомогою ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії черевної порожнини. Було виконано релапароскопію, санацію, дренажування порожнини абсцесу;

- 2) жовчовитікання по дренажній трубці — 10 випадків. Диференціювали причину жовчовитікання за кількістю виділень із дренажу. Кількість виділень не перевищувала 50—100 мл. Застосовували консервативно-очікувальну тактику. Показань до проведення релапароскопії не було.

### Результати та їхнє обговорення

Традиційно ЛХЕ виконують із чотирьох доступів.

Ми виконували складну ЛХЕ із трьох доступів у разі злукового, запального процесу, порушення анатомії трикутника Кало, внутрішньопечінкового розташування жовчного міхура (останній видаляли крізь порт в епігастральній ділянці). За допомогою цього методу було виконано 158 операцій. За нашими спостереженнями ця методика є найменш травматичною, з невеликою частотою гнійно-септичних ускладнень.

Черевну порожнину промивали розчином антисептика «Декасан».

Проводили дренування ложа жовчного міхура крізь порт у правому підбер'ї і піддіафрагмальний простір. Для оптимізації методики операції здійснювали додаткове дренування черевної порожнини за допомогою троакара, який вводили на 6–8 см нижче за середньоключичний порт по передній підпахвинній лінії, що, на думку авторів, є більш фізіологічним, ніж дренування крізь латеральний порт, оскільки ця точка є найнижчою, що сприяє поліпшенню відтоку із черевної порожнини. При цій методиці дренування зменшується відрізок дре-

нажу, розташований у черевній порожнині, що знижує частоту гнійно-септичних ускладнень.

У післяопераційний період проводили антибактеріальну терапію. Ускладнень (інфільтрат, абсцес ложа жовчного міхура) не спостерігали.

Дренажі видаляли через 3–4 доби. Хворих виписували із стаціонару на 4–6-ту добу.

У віддалений післяопераційний період ускладнень не спостерігали.

### Висновки

1. Запропонована методика є найменш травматичною, що зменшує тривалість перебування хворого у стаціонарі, і супроводжується меншою частотою інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

2. Основними умовами для успішного лікування більшості гострих деструктивних холециститів, на нашу думку, є санація підпечінкового простору, адекватне дренування черевної порожнини та антибактеріальна дія у вогнищі запалення у післяопераційний період.

3. У разі деструктивних форм ЖКХ ЛХЕ, доповнена адекватним дренуванням черевної порожнини, може бути операцією вибору.

## Література

1. Малков И.С., Чагаева З.И., Зиганшин А.У. и др. Повышение эффективности использования лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном холецистите // 8-й междунар. конгресс по эндоскопической хирургии (г. Москва, 21–22 апреля 2004 г.) / Под ред. Ю.И. Галлингера. — М., 2004. — С. 196–198.
2. Малоштан О.В., Бойко В.В., Тищенко О.М., Криворучко І.А. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію. — Х.: СИМ, 2005. — 367 с.
3. Нечипорук В.М., Островский В.П., Дударенко В.П. Обоснование ранних сроков оперативного вмешательства при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Клін. хірургія. — 1990 — № 9. — С. 7–9.
4. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. — 2006. — 344 с.
5. Пахвицкий С.В., Токпанов С.И. Группы риска и варианты тактики в лапароскопической хирургии острого холецистита // 8-й междунар. конгресс по эндоскопической хирургии (г. Москва, 21–22 апреля 2004 г.) / Под ред. Ю.И. Галлингера. — М., 2004. — С. 182–183.
6. Тищенко А.М., Малоштан А.В., Иванников С.В. и др. Лапароскопические технологии лечения абсцессов панкреатобилиарной системы // Харьков. хир. шк. — 2002. — № 2 (3) — С. 36–37.

*А.С. Мунтян, В.И. Балык, А.А. Корнеев*

### **Опыт оперативного лечения деструктивных каменных холециститов лапароскопическим методом**

Проанализированы результаты хирургического лечения 158 больных острым и хроническим деструктивным холециститом. Отмечены возможность и необходимость хирургического лечения данной патологии лапароскопическим методом. Показаны преимущества использования предложенных доступов и адекватного дренирования брюшной полости, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений.

*O.S. Muntian, V.I. Balyk, A.A. Korneev*

### **An experience of the surgical treatment of destructive calculous cholecystitis with laparoscopic method**

The analysis has been done for results of the surgical treatment of 158 patients with acute and chronic destructive calculous cholecystitis. The possibility and necessity of the surgical treatment of this pathology with laparoscopic method has been outlined. The advantages of the use of the offered access and the abdominal adequate drainage have been shown that promoted the reduction of the post-operative complications incidence.