



Е.Д. Хворостов, С.А. Бычков,
Р.Н.Гринёв, Н.В. Черкова

Харьковский национальный
университет имени
В.Н.Каразина

© Коллектив авторов

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С КОРРЕКЦИЕЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. При выполнении 3731 лапароскопических холецистэктомий авторами у 204 больных острым холециститом и другими заболеваниями брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии. Выполнение симультанных операций было возможным, если позволял соматический статус больного и без серьезных осложнений прошел этап операции по поводу основного заболевания.

Ключевые слова: *острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, симультанные операции.*

Введение

Современное развитие видеолапароскопической хирургии определяет возможность выполнения эндоскопических оперативных вмешательств различным категориям пациентов с желчекаменной болезнью и наличием сопутствующей патологии органов брюшной полости. В научных публикациях встречаются сообщения о сочетанных (симультанных) операциях (СО), которые стали выполнять с использованием видеолапароскопической техники. Выполнение сочетанных лапароскопических вмешательств не требует расширения доступа, незначительно увеличивает продолжительность операции и избавляет больного от проведения повторных вмешательств. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время признана методом выбора при остром холецистите, при этом определение показаний и технологических возможностей выполнения ЛХЭ и СО является насущной хирургической научной проблемой [1–5].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности проведения СО с использованием лапароскопических технологий при сочетании острого холецистита и другой патологии органов брюшной полости.

Материалы и методы исследований

При выполнении 3731 ЛХЭ у больных острым холециститом у 204 пациентов проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии, что составило 5,4 %. Среди больных, которым выполнены СО, женщин было 146 (71,6 %), мужчин – 58 (28,4 %). Возраст больных находился в пределах от 19 до 76 лет.

При остром холецистите (ОХ) с сопутствующей патологией органов брюшной полости выполнены СО: 97 больным – ЛХЭ с грыжесечением, 64 – ЛХЭ с висцеролизом, 17 – ЛХЭ с фенестрацией кист печени, 14 – ЛХЭ с наружным дренированием кист поджелудочной

железы и 12 – ЛХЭ с надвлагалищной ампутацией матки.

Результаты исследований и их обсуждение

Выполнение СО было возможным, если позволял соматический статус больного и этап операции по поводу основного заболевания проходил без серьезных осложнений. Лапароскопическая СО при незначительном увеличении ее продолжительности не лишает лапароскопическое вмешательство его физиологических преимуществ и позволяет избавить больного от риска повторной хирургической агрессии.

При пупочных грыжах (61 больной) и грыжах белой линии живота (8 больных) использовали герниолапароскопический доступ. Под контролем лапароскопа вводились последующие троакары с манипуляторами, выполнялась ЛХЭ, после чего осуществлялась пластика грыжевых ворот. При вентральных послеоперационных грыжах (24 больных) первый троакар вводили либо открытым методом (типа Hasson), либо ниже мечевидного отростка. Производили лапароскопическую ревизию брюшной полости с обязательным осмотром области грыжевых ворот, последующие троакары устанавливали под контролем лапароскопа, выполняли ЛХЭ, желчный пузырь перемещали в область грыжевых ворот и извлекался из брюшной полости во время грыжесечения. Вторым этапом операции выполнялось грыжесечение. У больных с паховыми грыжами (4 больных) вначале выполнялась ЛХЭ, затем грыжесечение с пластикой пахового канала.

При определении места пункции иглой Вереща и введения первого троакара у 71 больного при сочетании ОХ и спаечной болезни брюшной полости учитывали характер предыдущих заболеваний и оперативных вмешательств, протяженность и локализацию послеоперационных рубцов и результаты УЗИ.



Введение первого троакара производили только открытым методом, затем выполняли лапароскопическую ревизию брюшной полости, результаты которой определяли дальнейший ход операции. Последующие троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. Если обширные сращения не позволяли ввести хотя бы один троакар в намеченных точках, то вводили троакар в свободной от сращений точке и освобождали переднюю брюшную стенку от спаек в местах предстоящего введения остальных манипуляторов. Первичный адгезиолизис выполняли для введения троакаров под зрительным контролем и достаточного доступа к желчному пузырю, необходимого для безопасного и удобного его удаления. После выполнения холецистэктомии до извлечения желчного пузыря из брюшной полости выполняли окончательный адгезиолизис. Для рассечения тканей использовали ножницы, электрокоагуляцию и ультразвуковой скальпель. Наиболее эффективным и безопасным методом разъединения сращений являлось использование ультразвукового скальпеля. Ультразвуковой скальпель использован при адгезиолизисе у 52 больных. Использование ультразвукового скальпеля позволяло без клиппирования пересекать сосуды до 3 мм в диаметре с надежным гемостазом. Кроме того, после разъединения салниковых сращений ультразвуковым скальпелем не наблюдалась повышенная кровоточивость и отсутствовали микрогематомы тканей, что нередко наблюдалось при выполнении адгезиолизиса электрокоагуляцией.

При сочетании ОХ с непаразитарными кистами печени (17 больных) выполнялась ЛХЭ и иссечение свободных оболочек кисты с деэпителизацией оставшейся ее части электрокоагуляцией, криогенной обработкой или ультразвуковым скальпелем. Особенностью течения послеоперационного периода у 4 больных с деэпителизацией кисты электрокоагуляционным методом являлось наличие умеренных болей в правом подреберье и гипертермия

в течение 4 первых послеоперационных дней. Мы связывали гипертермию с электротермической деструкцией ткани печени. Для исключения неблагоприятных последствий высокотемпературного воздействия на ткань печени были применены криогенная обработка полости кисты по разработанному нами методу (8 больных) и деэпителизация ультразвуковым скальпелем (5 больных).

При сочетании ОХ с кистами поджелудочной железы (17 больных) выполнялась ЛХЭ и наружное дренирование полости кисты. Количество и расположение дренажей определялось в зависимости от размеров, формы полости, содержимого кисты и состояния её стенок.

При сочетании ОХ с фибромиомой матки (12 больных) первым этапом операции выполняли ЛХЭ, которая завершалась перемещением желчного пузыря в малый таз. После этого выполнялась надвлагалищная ампутация матки лапаротомным доступом. Желчный пузырь извлекался из брюшной полости после лапаротомии.

Среднее время СО составило $71,1 \pm 8,9$ минут, существенных интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний послеоперационный койко-день был $5,9 \pm 1,3$, трудоспособность восстанавливалась через 18–20 дней.

Выводы

1. При остром холецистите и сопутствующей патологии органов брюшной полости показано выполнение лапароскопических СО, что позволяет при незначительном увеличении продолжительности вмешательства избавить больного от риска повторной хирургической агрессии.

2. Перспективы развития исследований в данной области хирургии состоят в расширении арсенала лапароскопических оперативных вмешательств, которые могут быть использованы при выполнении СО, что позволит улучшить результаты лечения больных острым холециститом и сопутствующей патологией органов брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Особливості анестезіологічного забезпечення симультанних лапароскопічних операцій* [Текст]/ С.Л. Дахнов [и др.] // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 40–42.
2. *Симультантные операции при выполнении лапароскопической холецистэктомии* / М.Е. Ничитайло [и др.] // Клінічна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 5–7.
3. *Симультантные операции у больных холециститом* [Текст]/ С.А. Гешелин [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2008. – № 2. – С. 60–63.

4. *Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни* [Текст]/ О.В. Галимов [и др.] // Вестн. хир. – 2002. – № 1. – С. 82–86.

5. *Sarli L. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension – free versus laparoscopic inguinal hernia repair* / L. Sarli, E.Villa, F. Marchesi // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2001. – Vol. 11, № 2. – P. 115–117.



ЛАПАРОСКОПІЧНА
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ПРИ
ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ
ТА ПОЄДНАНА ХІРУРГІЧНА
КОРЕКЦІЯ СУПУТНОЇ
ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

*Є.Д. Хворостов, С.О. Бичков,
Р.М. Гриньов, Н.В. Черкова*

Резюме. При виконанні 3731 лапароскопічних холецистектомій авторами в 204 хворих на гострий холецистит та іншими захворюваннями черевної порожнини проведена хірургічна корекція поєднаної патології. Виконання симультанних операцій було можливим, якщо дозволяв соматичний статус хворого і без серйозних ускладнень пройшов етап операції із приводу основного захворювання.

Ключові слова: *гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, симультанні операції.*

LAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMY WITH
ACUTE CHOLECYSTITIS
AND COMBINED SURGICAL
CORRECTION OF THE
ASSOCIATED PATHOLOGY
OF THE ORGANS OF THE
ABDOMINAL CAVITY

*E.D. Khvorostov, S. A. Bychkov,
R.N. Grinyev, N.V. Cherkova*

Summary. With the fulfillment of 3731 laparoscopic cholecystectomies by the authors in 204 of patients with acute cholecystitis and by other illnesses of abdominal cavity the surgical correction combined pathology. Fulfilment of simultaneous operations was carried out possible, if it allowed somatical status of patient and without the serious complications passed the stage of the operation apropos of basic disease.

Key words: *acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, simultaneous operations.*