

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ – ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Костырной А.В., Керимов Э.Я., Косенко А.В., Усеинов Э.Б., Керимов Э.Э.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь, e-mail: Alekskost@ukr.net*

Проанализированы отдалённые результаты после выполненных лапароскопических холецистэктомий. Использованы общепринятые традиционные лабораторно-клинические, биохимические методы исследования. УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны. При необходимости, наличии гипербилирубинемии – МР-холангиография. Были изучены отдаленные результаты лапароскопической холецистэктомии у 126 (3,8 %) больных острым и хроническим холециститом из 3346 оперированных в сроки от 6 месяцев до 10 лет. В отдаленном периоде здоровыми считали себя (не предъявляли никаких жалоб) 78 (61,9 %) пациентов. Проявления хронического панкреатита выявлены у 20 (15,9 %) больных. Послеоперационные грыжи в области введения порта выше пупочного кольца были у 11 (8,3 %) пациентов. У 13 (10,3 %) пациентов отмечен постхолецистэктомический синдром. Различные другие проявления в виде диспептических жалоб были 4 (3,2 %). Несмотря на широкое внедрение лапароскопических вмешательств во всех сферах абдоминальной патологии и, казалось бы, на первый взгляд, простоту выполнения лапароскопической холецистэктомии, данное вмешательство требует более взвешенного, осознанного подхода. Особенно это касается молодых хирургов, которые ещё не успели себя утвердить в полостных вмешательствах и торопятся стать на путь лапароскопических операций. В связи с этим целесообразно всех больных перенесших ЛХЭ ставить на диспансерный учёт.

Ключевые слова: отдаленные результаты, лапароскопическая холецистэктомия.

## LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY – LONG-TERM RESULTS

Kostyrnoy A.V., Kerimov E.YA., Kosenko A.V., Useyinov E.B., Kerimov E.E.

*Medical Academy n.a. Georgievsky, Simferopol, e-mail: Alekskost@ukr.net*

We analyze the long-term results after laparoscopic cholecystectomy. Used conventional traditional laboratory and clinical, biochemical methods. US of hepatopancreatobiliary zone. If necessary, the presence of jaundice – MR cholangiography. Long-term results of laparoscopic cholecystectomy were studied in 126 (3.8 %) of patients with acute and chronic cholecystitis of 3346 operated in the period from 6 months to 10 years. In the long-term health is considered themselves (or did not show any complaints) 78 (61.9 %) patients. Manifestations of chronic pancreatitis were found in 20 (15.9 %) patients. Postoperative hernia in the field of administration of the port above the umbilical ring were 11 (8.3 %) patients. In 13 (10.3 %) patients marked postcholecystectomical syndrome. Various other manifestations of dyspeptic complaints were 4 (3.2 %). Despite the widespread adoption of laparoscopic procedures in all areas of abdominal pathology. And it would seem, at first glance, the simplicity of laparoscopic cholecystectomy, the intervention requires a more balanced, conscious approach, especially among young surgeons who have not yet had time to adopt themselves to the abdominal interventions and in a hurry to take the path of laparoscopic surgery. In this regard, it is appropriate in all patients undergoing LCE - to put on the account of the dispensary.

Keywords: long-term results, laparoscopic cholecystectomy.

Желчнокаменная болезнь – наиболее часто встречаемая патология органов брюшной полости [1,2]. В структуре заболеваний пищеварительной системы желчнокаменная болезнь составляет 15–20 % [3,4]. Из года в год отмечается неуклонное увеличение оперативных вмешательств по поводу калькулёзного холецистита и его осложнений. История оперативного лечения желчнокаменной болезни насчитывает более 100 лет. За это время радикально изменились подходы и воззрения хирургического лечения данной патологии. Ушли в прошлое органосохраняющие операции – холецистостомии и холецистолитотомии. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) за последние 30 лет стала ведущим методом лечения желчнокаменной болезни в силу своей малой травматичности, косметичности,

малой инвазии. На сегодняшний день во многих странах мира она является самой распространенной операцией на органах брюшной полости.

В настоящее время всё меньше противопоказаний к выполнению ЛХЭ по поводу острого и хронического холецистита [5,6]. Несмотря на широко распространённые лапароскопические вмешательства и значительное сокращение к ним противопоказаний, отмечается большая частота интра- (0,3-5 %) и послеоперационных осложнений (0,7–3,1 %), а послеоперационная летальность колеблется в различных клиниках от 0,6 до 8 % [7]. Различные интраоперационные осложнения, как правило, требуют выполнения конверсии, частота которой составляет от 0,7 до 7 % [8].

ЛХЭ обладает рядом преимуществ перед традиционными лапаротомными вмешательствами – имеет легкий послеоперационный период, короткое пребывание в хирургическом стационаре, лучший косметический результат, а также позволяет выполнять дополнительные хирургические вмешательства при сопутствующей хирургической патологии. Актуальны и широко дискутируемы, по-прежнему, вопросы оперативного лечения острого холецистита и конверсии лапароскопических оперативных вмешательств. Желчекаменная болезнь и её многочисленные осложнения являются одними из самых распространённых патологических состояний, а проблема профилактики осложнений и непосредственные отдалённые результаты ЛХЭ актуальны.

Однако остаются недостаточно изученными отдаленные результаты ЛХЭ. Это и явилось поводом для выполнения нашей работы.

### **Материалы и методы**

Работа выполнена на клинических базах ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» и ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» за период 2011–2016 гг. В основу работы положены результаты клинического обследования и лечения 3346 больных в возрасте от 15 до 84 лет, причем в последние годы больные поступают в более старшем возрасте (после 60 лет более 33 %). Большинство больных были женщины – 2967 пациенток (88,7 %), мужчин было 379 (11,3 %).

Хронический холецистит был 2760 (82,5 %) больных, острый – 586 (17,5 %), причем калькулёзный холецистит встречался у 3285 (98,2 %) пациентов. Бескаменный хронический холецистит был у 61 (1,8 %) больного, в том числе холестероз с полипами желчного пузыря – у 23 (0,7 %) и лишь только с полипозом пузыря – у 38 (1,1 %). У одного больного с хроническим каменным холециститом, после его удаления и гистологического обследования, в стенке пузыря выявлен участок ракового процесса (0,03 %).

При остром холецистите калькулёз встречался у 580 (98,9 %) пациентов. Острый бескаменный холецистит в 6 (1,1 %) случаях. По поводу острого калькулёзного холецистита

в первые сутки после госпитализации оперированы 102 (17,6 %), в этой группе пациентов отмечалось наименьшее количество осложнений и конверсий. Продолжительность заболевания с момента возникновения приступа боли в правом подреберье до госпитализации составила в среднем 1,5–3,5 суток.

Противопоказанием к ЛХЭ считали наличие заболеваний, при которых повышение внутрибрюшного давления могло спровоцировать декомпенсацию функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Наличие ранее выполненных лапаротомных вмешательств, единичные, крупные конкременты при холедохолитиазе и явлениях механической желтухи не всегда являлись для нас противопоказаниями для ЛХЭ, при этом одновременно выполнялось вмешательство на внепечёчных протоках с последующим их дренированием по Холстеду – Пиковскому или по Вишневскому, в зависимости от интраоперационной ситуации.

У 50 % пациентов, кроме желчнокаменной болезни, диагностированы сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет, хронический бронхит, цирроз печени, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Всем больным проведены общеклинические, рентгенологические, эндоскопические исследования, обязательно выполняли ультразвуковое исследование желчного пузыря и внутрипечёчных и внепечёчных протоков, при наличии механической желтухи обследование включало МРТ холангиографию.

Среди форм острого воспаления в желчном пузыре – катаральные изменения в последнем выявлены у 251 (42,8 %) больных; флегмонозные – у 298 (50,9 %), флегмонозно-гангренозные – у 20 (3,4 %) и гангренозные – у 17 (2,9 %).

Для профилактики гнойно-септических осложнений при выполнении ЛХЭ у больных с острым процессом применяли антибиотикопрофилактику: за 20 минут до вводного наркоза внутривенно вводили 1 г цефалоспорино III поколения и 500 мг метронидазола. В послеоперационном периоде в зависимости от формы острого процесса в желчном пузыре и внепечёчных протоках проводили антибиотикотерапию от 3–7 суток.

У пациентов с высоким риском тромбообразования за 4 часа до операции и в послеоперационном периоде вводили низкомолекулярный гепарин.

У большинства – 3139 (93,8 %) больных карбоксиперитонеум накладывали после введения троакара диаметром 10 мм выше пупка. Спаечный процесс после предшествующих оперативных вмешательств может быть серьезным препятствием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Конечно, с ростом квалификации хирурга, опытом работы спектр лапароскопических операций расширяется, процент конверсии уменьшается.

У 205 (6,2 %) пациентов при наличии спаечного процесса от предыдущих

лапаротомных доступов карбоксиперитонеум накладывали с использованием открытого метода Хассона и по собственной методике, герметизацию вокруг троакара обеспечивали путём ушивания рассеченного апоневроза. Проводили первоначальный панорамный осмотр брюшной полости, оценивали воспалительные изменения в области желчного пузыря и спаечный процесс брюшной полости, затем вводили 10 мм троакар в надчревной области и 5 мм в правом подреберье. Четвёртый троакар вводили при выраженном спаечном процессе и воспалительном инфильтрате в области гепатодуоденальной связки в 8,71 % случаях.

Как известно, наиболее трагические технические погрешности во время холецистэктомии связаны с травмой магистральных желчных протоков. Лигирование, краевая травма гепатикохоледоха, а тем более его полное пересечение являются наиболее сложными осложнениями, приводя подчас к необратимым изменениям и инвалидности больных. Поэтому при наличии инфильтрата, грубых анатомических деформаций ворот печени особенно актуально выработать набор оперативно-технических методов и приемов с целью минимизировать развитие данных осложнений.

Все манипуляции эндоскопическими инструментами осуществляли только под жестким визуальным контролем. При наличии инфильтрированного и напряженного желчного пузыря выполняли пункцию и аспирацию содержимого последнего у 263 (44,9 %) пациента. Все трубчатые структуры чётко идентифицировали, пузырный проток клипировали только после визуализации холедоха и общего печёночного протоков. В отдельных случаях именно этот момент оперативного вмешательства вызывал наибольшие технические трудности, занимал ее наиболее длительную часть.

При наличии «рыхлого» инфильтрата при деструктивном холецистите, который формируется на 3–4 сутки, «плотный» – 5–7 сутки. Технически проблемы при разделении рыхлого инфильтрата, как правило, не возникали. Сложности отмечены у 48 (8,2 %) больных при наличии плотного инфильтрата. В такой ситуации применялось тупое препарирование с помощью диссектора, электроотсоса, марлевого тупфера, на основе детализации всех анатомических структур гепатодуоденальной связки и ворот печени. Особое внимание в этой ситуации уделяли принципу создания «парусности», то есть натяжению желчного пузыря и отведения его вправо и каудально, что позволяет натянуть в воспалительно-спаечном процессе кровеносные сосуды и максимально отодвинуть полые органы от желчного пузыря.

Существуют рекомендации некоторых авторов, что при наличии трудноразделимого инфильтрата придерживаться так называемого «правила 30 минут», когда не удаётся визуализировать в указанное время пузырный проток и артерию, необходима конверсия [4,6,8]. Переход на лапаротомию необходимо решать на основании анализа длительности

операции и этапа ее в настоящий момент, сложности верификации магистральных структур, квалификации хирурга и многих других факторов. По нашему опыту, более разумно использовать индивидуальный подход в каждом отдельном случае, а не слепо выдерживать временные рамки.

Для изучения отдаленных результатов ЛХЭ в срок от 6 месяцев до 10 лет были разосланы 335 больным специальные анкеты, на которые ответили только 84 лиц, прооперированных по поводу хронического и острого холецистита. 13 больных самостоятельно явились в клинику для обследования. Кроме того, 13 пациентов самостоятельно обратились в клинику с различного рода жалобами и 29 пациентов были госпитализированы в другие отделения больницы в связи с проявлениями некоторых последствий после перенесенной эндоскопической операции и с проявлениями других болезней.

**Результаты.** При выполнении ЛХЭ по нашему клиническому материалу только в 1,5 % случаев из-за технических сложностей мы переходили на конверсию. Показаниями к лапаротомии являлись: каменистой плотности инфильтраты и рубцово-склеротические изменения в области шейки желчного пузыря. При вмешательствах на общем желчном протоке последний дренируется через пузырный проток по Холстеду – Пиковскому, или через холедохотомический разрез по Вишневскому или с установкой дренажа по Керру (при синдроме Мирицци II–IV типа. Кроме этого, только у 4 (0,12 %) интраоперационно при ЛХЭ были повреждены внепечёночные желчные протоки, что вынудило к выполнению лапаротомии и наложению гепатикоеюностомии по РУ.

В раннем послеоперационном периоде желчеистечение наблюдали у 12 (0,4 %) пациентов, которое у 10 больных самостоятельно прекратилось, и только у 2-х – потребовалась релапароскопия для клипирования протока Люшка. В 2-х случаях после деструктивного холецистита сформировалось жидкостное образование с воспалительным компонентом, потребовавшего пункционного вмешательства под ультразвуковым контролем с последующим выздоровлением.

В период от 6 месяцев до 10 лет из 3346 больных с острым и хроническим холециститом мы проанализировали результаты 126 (3,4 %) больных, которым выполнены ЛХЭ. Среди этих обследованных пациентов здоровыми (ни каких жалоб не предъявляли) оказались 78 (61,9 %). У 13 (10,3 %) больных имели место проявления постхолецистэктомического синдрома. В 4 (3,2 %) случаях отмечались диспептические явления, на которые пациенты жаловались до ЛХЭ. У 11 (8,3 %) пациентов были выявлены изменения, связанные с характером оперативного доступа в виде грыжи пупочного порта. Все они имели избыточный вес, грыжевой дефект располагался в месте установки троакара

выше пупочного кольца. При параумбиликальных грыжах выполнены операции по Сапежко в 4 (36,4 %) случаях, по Мейо – 2 (18,2 %), у 5 (45,5 %) больных с применением полипропиленовой сетки. При отсутствии жалоб и изменений со стороны гепатопанкреатобилиарной зоны, у 4 (3,2 %) больных имели продолжительное время лигатурные свищи в области пупка. Лигатуры были удалены во время перевязок, а у одного наблюдаемого проведено вмешательство для их удаления. Проявления хронического панкреатита наблюдались у 20 (15,1 %) больных. Но у 6 (30 %) больных хронический панкреатит протекал субклинически, были лишь изменения при ультразвуковом исследовании поджелудочной железы. Эти больные нуждались в соблюдении диеты и приёма ферментных препаратов. А у 14 (70 %) пациентов отмечались неоднократные проявления обострения хронического панкреатита, требующие стационарного лечения. При этом у одного была незначительная в течение 3 дней желтуха, а у другого эти явления сопровождались холангитом. Проведено успешное консервативное лечение.

Из других заболеваний необходимо отметить хронический гепатит – 1 (0,8 %), аденому предстательной железы с пиелонефритом – 1 (0,8 %), перенесенную язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, по поводу которой за два года до обследования была выполнена резекция желудка 1 (0,8 %), активную фазу язвенной болезни антрального отдела желудка 1 (0,8 %) и перфоративную язву желудка с перитонитом 1 (0,8 %). Летальный результат имел место в одном случае (0,8 %) от обширного инфаркта миокарда. У трех больных (2,4 %) в срок от 6 месяцев до 2 лет после лапароскопической операции были выявлены злокачественные опухоли различной локализации. Все они оперированы. Но если после резекции кишечника по поводу рака сигмы и рака ободочной кишки больные выздоравливали, то после операции по поводу рака матки с поражением яичников и прорастанием опухоли в мочевой пузырь наступил летальный результат. Всего по разным причинам в анализируемом отдаленном периоде после ЛХЭ умерло 4 (3,2 %) больных.

**Обсуждение.** Таким образом, независимо от того, что ЛХЭ является малотравматичной, сопровождается коротким сроком пребывания в хирургическом отделении, она не всегда приводит к полному выздоровлению больных. Это отмечается только в 61,9 % случаев. У остальных, а это 38,1 % пациентов имеют место изменения, связанные как с самой перенесенной операцией, так и с изменениями в органах, которые сопровождают заболевания желчного пузыря, или возникают после вмешательства, а 4 (3,2 %) больных имело место летальных исход. Все это заставляет продолжить лечение большинства больных и наблюдение после выписки из хирургического отделения. Для профилактики возникновения грыжи необходимо более тщательно ушивать место прокола и ввода троакара в брюшную полость выше пупка.

## **Выводы**

1. Использование всех выше описанных профилактических мероприятий при выполнении ЛХЭ позволило уменьшить частоту интраоперационных осложнений до 0,12 %, частоту конверсии – до 1,5 %.
2. После лапароскопической холецистэктомии необходимо наблюдение за оперированными больными совместно с гастроэнтерологами и постановка их на диспансерный учёт.

## **Список литературы**

1. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп [Текст] / С.Ф. Аббасова // Хирургия. – 2011. – №9. – С. 83-85.
2. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию [Текст] / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
3. Профилактика внутрибрюшных осложнений после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке / А.В. Костырной, А.В. Косенко, С.В. Астапенко, Ю.Г. Барановский // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т. 13, № 2. – С. 290-293.
4. Степанов Ю.А. Анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите [Текст] / Ю.А. Степанов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 3–4. – С. 174-178.
5. Каштальян М.А. Сравнительная характеристика травматичности лапароскопической открытой холецистэктомии по данным объективных методов исследования / М.А. Каштальян // Клиническая хирургия. – 2008. – № 9. – С. 20-22.
6. Шевченко Р.С. Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости [Текст] / Р.С. Шевченко // Харьковская хирургическая школа. – 2012. – № 2. – С. 120-123.
7. Лапароскопическая холецистэктомия и опасности при ее выполнении / В.В. Кисляков, Э.Б. Усеинов, А.Г. Иванов, К.Л. Гройзик, А.Г. Фролов, И.В. Каминский // Медицина транспорта Украины. – 2010. – № 1 (33). – С. 050-052.
8. Юлдашев А.Х. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита [Текст] / А.Х. Юлдашев // Хирургия Украины. – 2011. – № 1 (37). – С. 050-053.