

Ускладнень при застосуванні даної тактики ми не спостерігали. Лапаротомія була виконана у 3 (5,7 %) хворих. У 2 (3,8 %) пацієнтів лапаротомія, санація і дренажування черевної порожнини виконані з приводу розлитого жовчного перитоніту на ранніх етапах освоєння лапароскопічних технологій і в 1 (1,9 %) випадку — при виявленні крайового ушкодження правої печінкової протоки — виконали зашивання дефекту та дренажування холедоха за Вишневським.

Гнійно-септичних ускладнень і летальних результатів у наших спостереженнях не було. При спостереженні за хворими у віддаленому післяопераційному періоді (від 1 до 12 років) клінічних даних про розвиток стриктур магістральних жовчних проток не виявлено.

Висновки

1. Жовчовитікання в післяопераційному періоді сьогодні є одним з найчастіших ускладнень лапароскопічної холецистектомії, а встановлення дренажу в підпечінковий прос-

тір сприяє ранній діагностиці післяопераційних ускладнень.

2. При жовчовитіканні більше 200 мл на добу необхідне виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії з метою діагностики ушкодження магістральних жовчних проток, при підтвердженні травми гепатикохоледоха показана реконструктивна операція із лапаротомного доступу.

3. Жовчовитікання із дренажу, що супроводжується явищами жовчного перитоніту або значним скупченням жовчі у черевній порожнині за відсутності травми гепатикохоледоха потребує виконання релапароскопії, яка має не лише діагностичну, але і лікувальну спрямованість.

4. Комплексне застосування релапароскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань і пункцій під контролем ультрасонографії дозволяє істотно зменшити кількість лапаротомних операцій для корекції ускладнень, що виникли.

ЛІТЕРАТУРА

1. Быстров С. А. Хирургическая тактика при желчеистечении после

миниинвазивной холецистэктомии // С. А. Быстров, Б. Н. Жуков // Медицинский альманах. — 2012. — № 1 (20). — С. 90–93.

2. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение // А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, А. Н. Акинчиц [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14, № 3. — С. 18–21.

3. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко, К. О. Воротынцева // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 1 (61). — С. 32–35.

REFERENCES

1. Bystrov S.A., Zhukov B.N. Surgical tactics in bile leakage after mini-access cholecystectomy. *Meditinskij almanakh* 2012; 1 (20): 90-93.

2. Beburishvili A.G., Zyubyna E.N., Akinchits A.N. External bile leakage at different methods of cholecystectomy: diagnosis and treatment. *Annaly khirurgicheskoi hepatologii* 2009; 14 (3): 18-21.

3. Hrubnyk V.V., Tkachenko A.I., Prykuppenko M.V., Vorotyntseva K.O. Nonstandard laparoscopic surgeries at technically difficult cholecystectomy. *Shpytal'na khirurgia* 2013; 1 (61): 32-35.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.381-089.191.1

О. І. Ткаченко, М. В. Прикупенко

ЛАПАРОСКОПІЧНА СУБТОТАЛЬНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УШКОДЖЕННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ПРИ СКЛАДНИХ ФОРМАХ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.381-089.191.1

О. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Лапароскопическая холецистэктомия — «золотой стандарт» лечения желчнокаменной болезни. Однако для безопасного выполнения этой операции необходимы четкое определение пузырных протока и артерии, аккуратная диссекция треугольника Кало. В некоторых ситуациях выполнить данный этап операции не представляется возможным, при этом частота конверсии, по данным разных авторов, составляет почти 50 %. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия была проведена у 42 пациентов. Послеоперационный период протекал по-разному, в зависимости от характера основной патологии. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия является альтернативой открытой холецистэктомии в случаях сложных форм желчнокаменной болезни.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, субтотальная холецистэктомия, конверсия, желчнокаменная болезнь, ультразвуковые ножницы.



Background. Laparoscopic cholecystectomy is the gold standard treatment for gallstones. However, for the safe conduct of the operation one needs a clear definition of the cystic duct and cystic artery, accurate dissection of Calot triangle. In some situations, it is not possible to perform this step of the operation and conversion rate by various authors is up to 50%.

Results. Laparoscopic subtotal cholecystectomy was performed in 42 patients. Postoperative period was different depending on the nature of underlying pathology.

Conclusions. Laparoscopic subtotal cholecystectomy is an alternative to open cholecystectomy in cases of complicated forms of cholelithiasis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, subtotal cholecystectomy, conversion, gallstones, ultrasonic scissors.

Лапароскопічна холецистектомія — «золотий стандарт» лікування жовчнокам'яної хвороби [2; 3; 6]. Однак для безпечного виконання такої операції необхідні чітко визначення міхурових протоки й артерії, обережна дисекція трикутника Кало. У деяких ситуаціях провести даний етап операції неможливо, при цьому кількість конверсій, за даними різних авторів, становить майже 50 % [2–4]. При виконанні конверсії не завжди вдається ідентифікувати міхурові протоку й артерію, тому зберігається небезпека ушкодження жовчних проток [3]. Деякі автори у такому разі пропонують застосувати відкриту субтотальну холецистектомію, при якій видаляється більша частина жовчного міхура, карман Гартмана висікається, пересікається та дренирується [1]. Незважаючи на те, що проведення даної операції можливе лапароскопічним способом [5], дана методика не набула широкого використання на практиці.

Мета нашого дослідження — аналіз особистого досвіду застосування лапароскопічної субтотальної холецистектомії в технічно складних випадках лапароскопічних операцій.

Матеріали та методи дослідження

Для виконання лапароскопічної операції використовувалася стандартна техніка з введенням чотирьох троакарів. Спочатку намагалися провести дисекцію трикутника Кало.

Якщо достовірно ідентифікувати міхурові протоку й артерію не вдавалося, приступали до виконання субтотальної лапароскопічної холецистектомії. Після пункції й евакуації вмісту жовчного міхура за допомогою діатермічного гачка або ультразвукових ножиць розсікали стінки міхура, затискачем діставались усі конкременти, потім, використовуючи ультразвукові інструменти, виконували висічення вільної частини жовчного міхура із ложа не проводили у жодному випадку, тому що виконання даного етапу операції могло призвести до серйозної травми жовчних проток і сильної кровотечі. Операції закінчували дрениванням підпечінкового простору.

Результати дослідження та їх обговорення

Лапароскопічна субтотальна холецистектомія була виконана у 42 пацієнтів (29 жінок і 13 чоловіків). За 32 міс. нами проведено 2123 лапароскопічні холецистектомії, причому частота субтотальної лапароскопічної холецистектомії становила 1,8 %. Середній вік пацієнтів — 68 років (від 36 до 86 років). Середній час операції дорівнював 95 хв (від 45 до 130 хв). Показаннями для переходу до субтотальної холецистектомії був тяжкий фіброз у ділянці трикутника Кало без можливості ідентифікувати анатомічні структури (22 пацієнти), виражений запаль-

ний процес жовчного міхура (9 осіб), емпієма жовчного міхура (5 хворих), перфорація жовчного міхура (3 пацієнти), гангрена жовчного міхура (3 особи). У середньому інтраопераційна крововтрата становила 80 мл (від 20 до 230 мл), що пояснюється широким застоюванням ультразвукових ножиць із добрими коагуляційними якостями. У 15 пацієнтів коагулювали карман Гартмана зсередини за допомогою ультразвукових ножиць. Шести хворим проведено прошивання кармана Гартмана у ділянці переходу у міхурову протоку. В інших пацієнтів просвіт жовчного міхура не прошивали, а підводили до нього дренажну трубку, яку фіксували до тканин кармана Гартмана. Тривале підтікання жовчі (більше 5 днів) спостерігалось у 5 осіб, тому цим хворим була виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з ендоскопічною папілотомією та видаленням конкрементів із холедоха, після чого підтікання жовчі зупинилося. Жовчного перитоніту не було у жодному випадку. У 2 хворих спостерігалось формування підпечінкового та піддіафрагмального абсцесів, які були успішно дреновані під контролем УЗД. Усього в ранньому післяопераційному періоді ускладнення були наявні у 7 (16,6 %) хворих: підтікання жовчі — у 3 пацієнтів, формування абсцесів — у 2, післяопераційна пневмонія та плеврит — в 1 особи.



Післяопераційний період перебігав по-різному, залежно від характеру основної патології. Тривалість знаходження пацієнтів із гострим холециститом у стаціонарі становила в середньому 8 днів, за які виконувалися три ЕРХПГ. Пацієнти з хронічним холециститом перебували в стаціонарі в середньому 6 днів. Тривалість дренування черевної порожнини становила 5 днів (від 2 до 13 днів).

Виконання лапароскопічної субтотальної холецистектомії є альтернативою конверсії тоді, коли лапароскопічно неможливо ідентифікувати міхурові протоки й артерію. При виконанні даної операції відсутнє ушкодження жовчних проток. Саме тому три чверті пацієнтів нашого дослідження були виписані зі стаціонара протягом 1 тиж. після оперативного втручання.

У низці досліджень визначено показання для переходу від звичайної лапароскопічної холецистектомії до субтотальної. Основними причинами виконання субтотальної холецистектомії є запальний процес і фіброз трикутника Кало, коли неможливо чітко визначити анатомічні структури, а ризик ушкодження жовчних проток дуже великий [1–4; 6]. За даними цих досліджень, при виконанні такої операції середній термін знаходження пацієнтів у стаціонарі становить від 3 до 10 днів, тимчасом як аналіз результатів нашого дослідження показав, що середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі — 5 днів.

Кількість ускладнень при виконанні субтотальної лапароскопічної холецистектомії дорівнює 16,6 %, тимчасом як при проведенні конверсії частота розвитку ранових інфекцій зростає на 14 %, підтікання жовчі — на 14 %, ускладнення з боку серцево-судинної системи — на 9 % [1; 3; 6]. Крім того, збільшується термін знаходження пацієнтів у стаціона-

рі [4]. Важливою перевагою лапароскопічної субтотальної холецистектомії є можливість виконання даної операції у пацієнтів з порушеннями з боку серцево-судинної системи [3].

У жодного пацієнта нашого дослідження не було ранових ускладнень. Цей факт можна пояснити незначною кількістю пацієнтів. Однак аналіз даних літератури демонструє, що при виконанні відкритих операцій кількість ускладнень з боку рани на порядок збільшується [2].

Деякі хірурги при виконанні лапароскопічної субтотальної холецистектомії, крім висічення вільної стінки жовчного міхура, виконують закриття міхурової протоки, використовуючи шви, кліпси, скріпки [4; 5]. Аналіз результатів досліджень, де виконували коагулювання міхурової протоки, показує, що кількість випадків підтікання жовчі була знижена до 3–5 % [1; 2].

Лапароскопічна субтотальна холецистектомія не є рутинною операцією, для її виконання необхідні висококваліфіковані досвідчені хірурги. Досвід із проведення даної операції показав, що використання цієї методики дозволить уникнути ушкодження жовчних проток у дуже складних ситуаціях.

Висновки

Лапароскопічна субтотальна холецистектомія — альтернатива відкритій холецистектомії у разі складних форм жовчнокам'яної хвороби. Дана операція дозволить запобігти низці серйозних інтраопераційних ушкоджень жовчних проток, знизити кількість ранових інфекцій і смертність, зменшити тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі. Також при виконанні цієї операції зберігаються усі принципи малоінвазивної хірургії, що допоможе пацієнтам швидко реабілітуватися після операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lawes D. Anatomical orientation and crosschecking: the key to safer laparoscopic cholecystectomy / D. Lawes,

R. W. Motson // *British Journal of Surgery*. – 2010. – Vol. 92. – P. 663–664.

2. *Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a review of 56 procedures* / P. K. Chowbey, A. Sharma, R. Khullar [et al.]. // *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. – 2009. – Vol. 10 (1). – P. 31–34.

3. *Risk factors for wound infection after cholecystectomy* / S. C. Chuang, K. T. Lee, W. T. Chang [et al.]. // *Journal of the Formosan Medical Association*. – 2014. – Vol. 103. – P. 607–612.

4. *Livingston E. H. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy* / E. H. Livingston, R. V. Rege // *The American Journal of Surgery*. – 2004. – Vol. 188. – P. 205–211.

5. *Randomised clinical trial of day-care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy* / M. Johansson, A. Thune, L. Nelvin [et al.]. // *British Journal of Surgery*. – 2009. – Vol. 93. – P. 40–45.

6. *Ji W. Role of laparoscopic subtotal cholecystectomy in the treatment of complicated cholecystitis* / W. Ji, L. T. Li, J. S. Li // *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*. – 2006. – Vol. 5. – P. 584–589.

REFERENCES

1. Lawes D., Motson R.W. Anatomical orientation and crosschecking: the key to safer laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery* 2010; 92: 663-664.

2. Chowbey P.K., Sharma A., Khullar R. et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a review of 56 procedures. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2009; 10 (1): 31-34.

3. Chuang S.C., Lee K.T., Chang W.T. et al. Risk factors for wound infection after cholecystectomy. *Journal of the Formosan Medical Association* 2014; 103: 607-612.

4. Livingston E.H., Rege R.V. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *The American Journal of Surgery* 2004; 188: 205-211.

5. Johansson M., Thune A., Nelvin L. et al. Randomised clinical trial of day-care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery* 2009; 93: 40-45.

6. Ji W., Li L.T., Li J.S. Role of laparoscopic subtotal cholecystectomy in the treatment of complicated cholecystitis. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International* 2006; 5: 584-589.

Надійшла 24.02.2015

