

УДК 616.366-089.87:616.37

А.В. Тобохов, В.С. Петров, В.Н. Николаев

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОДУОДЕНОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ НА КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В последние десятилетия лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала одной из наиболее значимых инноваций в лечении желчнокаменной болезни. Несомненные преимущества эндовидеохирургической методики привлекли внимание хирургов всего мира, и в настоящее время ЛХЭ стала «золотым стандартом» лечения холецистолитиаза. Однако, несмотря на многолетний опыт выполнения ЛХЭ по всему миру, до сих пор существует проблема опасностей и осложнений ЛХЭ [1, 2, 3], что обуславливает актуальность проводимых исследований в этой области для клинической медицины.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистит, лапароскопия, техника операции на желчевыводящих протоках и желчном пузыре, осложнения.

A.V. Tobokhov, V.S. Petrov, V.N. Nikolaev

Influence of comorbidities of hepatoduodenopancreatic zone organs on the complications of laparoscopic cholecystectomy

In last decades, laparoscopic cholecystectomy (LCE) has become one of the most important innovations in treating the cholelithiasis. Doubtless advantages of endovideosurgery attracted attention of surgeons globally and presently. LCE became a ‘golden standard’ of treating the cholecystolithiasis. Despite the long-term LCE performance all over the world there was still a problem of risks and complications of LCE [1, 2, 3] which stipulates applicability of researches held in this field for clinical medicine.

Keywords: cholelithiasis, cholecystitis, laparoscopy, surgical technique on the biliary ducts and gall bladder, complications.

Материалы и методы исследований. Проведен анализ 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни. Среди госпитализированных пациентов, женщин 2303 (82,9 %), мужчин 475 (17,1 %), средний возраст пациентов составил 49,2 года.

ТОБОХОВ Александр Васильевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова. Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

ТОВОКНОВ Alexandr Vasilevich – Dr. Sci. Medicine, professor, head of Hospital surgery and radiation diagnosis department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoe Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: avtobohov@mail.ru.

ПЕТРОВ Валерий Сергеевич – к.м.н., врач-консультант ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины» Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112)395000.

PETROV Valeriy Sergeevich – Cand. Sci. Medicine, consultant physician in the Republican Hospital № 1 – National Medical Center». Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakhskoe Shosse St., 4. Phone: 8 (4112) 395000.

НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич – к.м.н., доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова. Адрес: 677019, г. Якутск, Сергеляхское шоссе, 4. Тел.: 8(4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

NIKOLAEV Vladimir Nikolaevich – Cand. Sci. Medicine, associate professor of Hospital surgery and radiation diagnosis department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Address: 677019, Yakutsk, Sergelyakh Highway 4. Phone: 8 (4112) 395644. E-mail: w.nik@mail.ru.

При рассмотрении вопроса о хирургической тактике при сочетаниях хронического холецистита с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны – выбор тактических решений определялся необходимостью достоверного определения того из заболеваний, которое обуславливает основные жалобы пациента. Сложность этого выбора связана со сходством клинических картин заболеваний одной анатомической зоны.

Результаты исследований и их обсуждение. Важную проблему хирургической тактики, как на диагностическом, так и на последующих этапах лечения, представляет собой сочетание желчнокаменной болезни и вирусного гепатита (ВГ) [1, 4]. В наших наблюдениях выявлено 325 (11,7 %) таких случаев. При этом в большинстве наблюдений отмечено сочетание с хроническим неактивным гепатитом – 187 (57,5 %) случаев, активные формы гепатита выявлены у 127 (39,1 %) человек. Из 325 пациентов больных с гепатитом В было 211 (64,9 %), с гепатитом С – 114 (35,1 %) человек. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным.

Непаразитарные кисты печени наблюдались у 41 (1,5 %) пациента, подвергшегося лапароскопической холецистэктомии. При непаразитарной кисте печени операцией выбора считаем лапароскопическую фенестрацию кисты печени. Такая операция была выполнена нами одновременно с холецистэктомией в 33 случаях. В наших наблюдениях паразитарные заболевания печени отмечены в 19 (4,8 %) случаях. Хирургическая тактика при желчнокаменной болезни у больных с подтвержденным гельминтозом билиарной системы должна быть максимально активной. В послеоперационном периоде необходим курс противогельминтной терапии. По такой методике проведено 12 больных, и при этом наблюдалось гладкое течение послеоперационного периода.

Сочетание панкреатита и желчнокаменной болезни выявлено у 347 (12,5 %) больных, из них 17 (4,9 %) случаев отнесены к острому реактивному панкреатиту. Во всех случаях острого реактивного панкреатита, а также в случаях выполнения нами ЛХЭ на ранних стадиях развития сочетанных заболеваний у 271 (82,1 %) пациента достигнут хороший клинический эффект. В случаях, когда операция выполнялась на фоне далеко зашедших индуративных изменений поджелудочной железы у 59 (17,9 %) больных, мы наблюдали признаки хронического панкреатита как самостоятельного заболевания у 36 (61 %) пациентов. При сочетании желчнокаменной болезни и хронического панкреатита важной задачей является ранняя диагностика сочетанных заболеваний, а хирургическая тактика в этом случае должна быть активной и направленной на выполнение ранней ЛХЭ.

Сочетание сахарного диабета и желчнокаменной болезни составило 3,1 %. Раннее применение ЛХЭ у этого контингента больных является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита.

Анализируя осложнения ЛХЭ, мы стремились определить значимые факторы развития осложнений, связанные с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны. Из 2778 операций в 65 (2,3 %) случаях операции завершились переходом на лапаротомный доступ. Осложнения возникли в 30 (1,1 %) случаях. Из них интраоперационные, диагностированы во время операции у 15 (0,6 %) больных. Послеоперационные осложнения наблюдались также у 15 пациентов. Летальных исходов после ЛХЭ не было.

Основные причины конверсии связаны со спаечным процессом. В 33 (50,9 %) случаях непосредственной причиной конверсии были массивные висцеропаритетальные или висцеро-висцеральные сращения. Еще в 9 (13,8 %) случаях к причинам конверсии отнесены трудности анатомической ориентировки, которые также связаны с наличием висцеро-висцеральных сращений. Таким образом, почти 65 % конверсий были связаны именно со спаечными процессами. Осложнения, связанные с введением троакаров в 7 (0,25 %) случаях, по нашим наблюдениям, возникали при наличии спаечного процесса в брюшной полости. Число осложнений течения желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны оказалось больше, чем у пациентов без сопутствующей патологии.

Таким образом, на основе анализа большого клинического материала установлено, что сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения ЛХЭ. При этом основным фактором риска являются

большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Заключение. При определении хирургической тактики при сочетаниях ВГ и желчнокаменной болезни целесообразно ориентироваться на иммуноферментные маркеры активности гепатита. При иммунологически неактивных формах вирусного гепатита хирургическое лечение желчнокаменной болезни является оправданным. Применение ЛХЭ у больных с сахарным диабетом является оправданным, так как дает возможность предотвратить развитие деструктивных форм холецистита. Сочетание желчнокаменной болезни с заболеваниями органов гепатодуоденопанкреатической зоны достоверно увеличивает риск выполнения ЛХЭ. При этом основным фактором риска являются большая частота спаечных процессов, что требует разработки модифицированной хирургической тактики.

Литература

1. Гальперин, Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после хлещистэктомии – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
2. Шуркалин, Б.К. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер, Э.Р. Ованесян // *Анналы хир. гепатологии*. 2004. – Том 9. – № 1. – С. 110-114.
3. Hamy, A. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / A. Hamy, S. Hennekinne, P. Pessaux // *Surg. Endosc.* 2003. – V. 17. – № 6. – P. 872-875.
4. Madan, A.K. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / A.K. Madan, S. Aliabadi-Wahle, D. Tesi // *The Am. J. of Surg.* 2002. – V. 183. – № 3. – P. 232-236.

References

1. Galperin, E.I., Volkova, N.V. Zabolevaniya zhelchnyih putey posle hletsistektomii – M.: Meditsina, 1988. – 272 p.
2. Shurkalin, B.K. Desyatiletniy opyt laparoskopicheskoy holetsistektomii / B.K. Shurkalin, A.G. Kriger, E.R. Ovanesyan // *Annaly hir. gepatologii*. 2004. – tom 9. – № 1. – P. 110-114.
3. Hamy, A. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis / A. Hamy, S. Hennekinne, P. Pessaux // *Surg. Endosc.* 2003. – V. 17. – № 6. – P. 872-875.
4. Madan, A.K. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / A.K. Madan, S. Aliabadi-Wahle, D. Tesi // *The Am. J. of Surg.* 2002. – V. 183. – № 3. – P. 232-236.