

В. И. Лупальцов, А. И. Ягнюк, А. В. Трофимова

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

УДК 616.366-002-036.11-06-089.87-089.819-037

В. И. Лупальцов, А. И. Ягнюк, А. В. Трофимова

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Представлен анализ 235 сонографических исследований больных острым холециститом, течение которого осложнилось паравезикальным инфильтратом. Отмечено, что наиболее характерной ультразвуковой картиной является наличие зоны повышенной эхогенности с нечеткими контурами различных размеров, расположенной в области ворот печени. На основании плотности послеоперационного инфильтрата авторы определяют показания к лапароскопической холецистэктомии и выделяют при этом три типа плотности инфильтрата. Такой подход на дооперационном этапе позволил определить показания к лапароскопической холецистэктомии и уменьшить не только количество конверсий, но и осложнений при хирургическом лечении острого холецистита.

Ключевые слова: сонографическое исследование, паравезикальный инфильтрат, лапароскопическая холецистэктомия.

UDC 616.366-002-036.11-06-089.87-089.819-037

V. I. Lupaltsov, A. I. Yagnyuk, A. V. Trofimova

PREDICTION OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

The Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

Introduction. The introduction into the surgical practice of laparoscopic techniques has led to the fact that today laparoscopic cholecystectomy is the standard surgery, but mistakes made in the diagnostic phase, creating not only the danger of its performance, but also lead to complications.

The purpose of the study. Definition of the role of sonographic criteria in choosing the method of surgery in acute cholecystitis, complicated by paravesical infiltrate.

Materials and methods. The analysis of 235 sonographies of patients with acute cholecystitis, complicated with paravesical infiltrate.

The results of the study. Sonographic study conducted to identify paravesical infiltrate showed their high qualitative assessment and on the basis of determining the density of infiltration is possible to determine the indications for laparoscopic cholecystectomy.

Conclusions. Analyzed results of our research allow us to conclude that the ultrasonography is an important preoperative diagnostic study, contributing not only to reduce the dangers of laparoscopic cholecystectomy, but complications during operation.

Key words: sonographic investigation, paravesical infiltrate, laparoscopic cholecystectomy.

Вступление

Внедрение видеолапароскопических методик в хирургическую практику привело к тому, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала стандартным оперативным вмешательством в лечении как желчнокаменной болезни (ЖКБ), так и холецистита [3]. Учитывая, что любое оперативное вмешательство сопряжено с риском для организма

человека и таит в себе опасность для здоровья или жизни, лапароскопическая холецистэктомия также не лишена этих недостатков, степень которых зависит от правильности действий хирурга. Ошибки, допускаемые на диагностическом этапе, создают не только опасность при ее выполнении, но и приводят к возникновению и развитию осложнений. Нераспознавание на диагностическом этапе такой опасности, а вы-

полнение операции лапароскопически «любой ценой» обуславливает серьезные ошибки, за которыми следуют осложнения [5].

Отдавая ключевое место в дооперационной диагностике ультразвуковому исследованию (УЗИ), которое дает не только новые возможности объективизации степени выраженности воспалительных изменений желчного пузыря и паравезикального простран-



ства, но и позволяет определить форму острого холецистита и наличие осложнений, которые могут препятствовать выполнению малоинвазивного вмешательства [1; 2], нами предпринята попытка установления сонографических критериев в прогнозировании опасностей при определении показаний к ее выполнению у больных острым холециститом, течение которого осложнилось паравезикальным инфильтратом [4].

Цель исследования — определение роли сонографических критериев в выборе способа оперативного вмешательства при остром холецистите, осложненном паравезикальным инфильтратом.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты 235 сонографических исследований больных острым холециститом, течение которого осложнилось паравезикальным инфильтратом. Женщин — 179, мужчин — 59, возраст которых колебался от 21 до 75 лет. В первые сутки от начала заболевания госпитализировано 135 больных, от 1-х до 2-х суток — 78, после 3-х — 22 больных. Сопутствующая патология выявлена у 132 (56 %) больных, причем у некоторых пациентов отмечено по несколько заболеваний, как правило, это были больные пожилого и старческого возраста.

Гипертоническая и ишемическая болезни сердца отмечены у 145 больных, заболевания органов дыхания — у 41, сахарный диабет — у 17, ожирение III–IV степеней — у 21, хронический пиелонефрит — у 9.

Флегмонозное воспаление желчного пузыря диагностировано у 156 больных, гангренозные изменения — у 37 и катаральные — у 42. Основные осложнения, с которыми пришлось встретиться хирур-

гу, были: эмпиема желчного пузыря — у 7 больных, окологпузырный инфильтрат — у 131, окологпузырный абсцесс — у 14, пузырно-дуоденальный свищ — у 6 и у 7 больных течение осложнилось перитонитом, причиной которого явилась перфорация желчного пузыря.

В объем дооперационного обследования, кроме общепринятых клинических и биохимических исследований, включено УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны с доплеровским картированием кровотока в стенке желчного пузыря (аппарат Ultima Pro 30, Радмир, Украина). Следует отметить, что отдавая предпочтение УЗИ в дооперационной диагностике острого холецистита, мы обращаем внимание не только на диагностику ЖКБ, но и на выраженность воспалительных изменений в паравезикальном пространстве, так как выраженность паравезикального инфильтрата может создавать опасности при выполнении ЛХЭ, преодолевая которые можно получить серьезные осложнения как в до-, так и в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов проведенных нами исследований показывает, что наиболее характерной ультразвуковой картиной для паравезикальных изменений является наличие зоны повышенной эхогенности, удвоение и нечеткость контуров, утолщение стенок желчного пузыря. Кроме того, плоская визуализация шейки желчного пузыря, укорочение видимой части холедоха, «симптом сплошной акустической тени» также свидетельствуют о выраженных изменениях в паравезикальном пространстве.

Важным в прогностическом значении выбора хирургической тактики, избегая субоперационных опасностей при вы-

полнении лапароскопической холецистэктомии, считаем характеристику плотности паравезикального инфильтрата, его распространенность, срок формирования. Дополнительным прогностическим признаком сонографического исследования в динамике является доплеровское исследование, при котором определяется васкуляризация стенок желчного пузыря, свидетельствующая о морфологических изменениях. Умеренное усиление васкуляризации стенки желчного пузыря более характерно для его флегмонозных форм, тогда как при гангренозных формах кровотока в стенке желчного пузыря не определяется. Гиперваскуляризация стенки или ее отсутствие может являться дополнительным объективным признаком, уточняющим степень выраженности деструктивных изменений в стенке желчного пузыря.

В зависимости от плотности и распространенности паравезикального инфильтрата, создающего наиболее опасные ситуации при выполнении ЛХЭ, мы выделили три типа паравезикального инфильтрата, влияющего на выбор хирургической тактики. Первый тип — рыхлый инфильтрат, для которого характерна зона умеренно повышенной эхогенности с нечетким контуром и снижением четкости васкуляризации гепатодуоденальной связки. Второй тип — плотный инфильтрат, который характеризуется зоной высокой эхогенности с размытым неоднородным контуром и структурой в виде плотных эховключений, расположенных по наружному контуру желчного пузыря, ближе к его шейке.

Третий тип характеризуется более выраженной плотностью с гиперэхогенными включениями в виде небольших полос размерами от 0,5 до 1,0 см, располагающихся в проекции желчного пузыря и ворот печени.



Выявленные ультразвуковые изменения позволили нам оптимизировать диагностический процесс. Выбор способа оперативного вмешательства у больных определялся на основании полученных эхографических данных. В зависимости от полученных результатов оперируемые больные были разделены на три группы. В первую группу — 171 пациент — вошли больные, у которых инфильтративные изменения либо отсутствовали, либо определялся рыхлый инфильтрат, им выполнена ЛХЭ.

У больных второй группы — 38 пациентов — со вторым типом паравезикального инфильтрата, с сохранением кровотока в стенке желчного пузыря, после купирования острого приступа и стихания болей оперативные вмешательства выполнялись на 6–7-е сутки. У 7 больных этой группы была предпринята попытка выполнения ЛХЭ. В трех случаях оперативное вмешательство окончилось конверсией из-за трудностей ее выполнения. В четырех случаях обзорная лапароскопия после наложения карбоперитонеума послужила дополнительным топическим диагностическим тестом, при котором выявлен плотный инфильтрат, после чего выполнена холецистэктомия из минидоступа, как и всем больным этой группы.

Третью группу составили 27 пациентов, у которых данные УЗИ соответствовали третьему типу паравезикального инфильтрата с рубцово-спаечными изменениями в проекции желчного пузыря. Объем оперативного вмешательства включал холецистэктомию лапаротомным доступом.

Следует также отметить, что опасность при выполнении ЛХЭ несет в себе и избыточное внутрибрюшное давление, нередко приводящее к тромбоэмболическим осложнениям, особенно у пациентов с сопутствующей патологией

сердечно-сосудистой системы. С целью снижения опасности их возникновения обращаем внимание на данные коагулограммы, в случае нарушения ее показателей в качестве профилактического средства применяем фраксипарин. Для профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей используем эластическое бинтование на время операции и в первые сутки после нее.

Таким образом, анализируемые результаты проведенных нами исследований позволяют заключить, что УЗИ является важным дооперационным диагностическим мероприятием, способствуя не только снижению опасностей ЛХЭ, но и осложнений во время ее выполнения.

Выводы

1. Паравезикальный инфильтрат при остром холецистите не только создает технические трудности выполнения лапароскопической холецистэктомии, но и таит в себе опасности ее проведения.

2. Ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных острым холециститом дает не только характеристику плотности инфильтрата, но и его распространенности, что играет значимую роль в определении выбора способа оперативного пособия, способствует безопасности ее выполнения.

3. Видеолапароскопия после наложения карбоперитонеума является важным диагностическим тестом целесообразности выполнения лапароскопической холецистэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубров Э. Я. УЗИ и выбор лечебной тактики у больных острым холециститом / Э. Я. Дубров, П. А. Иванов // Хирургия. — 2001. — № 10. — С. 65–66.

2. Конькова М. В. Допплерография в діагностиці гострого холецистити / М. В. Конькова // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 28–31.

3. Лапароскопические технологии и их интерпретация в билиарную хирургию / А. В. Малоштан, В. В. Бойко, А. М. Тищенко, И. А. Криворучко. — Харьков : СИМ, 2005. — С. 367.

4. Осадець В. С. Гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, діагностика, лікувальна тактика / В. С. Осадець // Клінічна хірургія. — 2006. — № 11/12. — С. 32–33.

5. Причины послеоперационной летальности при остром холецистите и меры по ее снижению / С. Р. Чахмахчев, А. П. Уханов, А. С. Яшина [и др.] // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2008. — Т. 157, № 5. — С. 76–79.

REFERENCES

1. Dubrov E.Ya. Ultrasound and choice of treatment tactics in patients with acute cholecystitis. *Surgery* 2001; 10: 65-66.

2. Kon'kova M.V. Doppler ultrasonography in diagnostics of acute cholecystitis. *Hospital Surgery* 2005; 2: 28-31.

3. Maloshtan A.V., Boiko V.V., Tishchenko A.M., Krivoruchko I.A. *Laparoscopicheskie tehnologii i ih interpretaciya v biliarnuyu chirurgiyu* [Laparoscopic techniques and their interpretation in biliary surgery]. Kharkov, SIM, 2005. 367 p.

4. Osadets' V.S. Acute calculous cholecystitis complicated with perivesical infiltrate, diagnosis, treatment management. *Clinical Surgery* 2006; 11/12; 32-33.

5. Chakhmakhchev S.R., Ukhanov S.R., Yashina A.S., Ignatyev A.I. Causes of postoperative mortality in acute cholecystitis and measures to reduce it. *Bulletin of surgery named after I.I. Grekov* 2008; 157 (5): 76-79.

Поступила 17.02.2015

