

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ім. І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ІЛЛЯШЕНКО ВАДИМ ВАДИМОВИЧ

УДК 616.366-002.1-089.87-072.1

**ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ
ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ**

14.01.03 - хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль-2001

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Одеському державному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор, Лауреат державної премії України, заслужений діяч науки і техніки України,
ГРУБНІК ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
Одеський державний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри хірургічних хвороб з післядипломною підготовкою.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор, **ДЗЮБАНОВСЬКИЙ ІГОР ЯКОВИЧ**, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти.

доктор медичних наук, професор **МАМЧИЧ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ**, Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри хірургії.

Провідна установа: Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра факультетської хірургії, МОЗ України. (м. Львів)

Захист відбудеться "26" січня 2001р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 58.601.01 у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського, за адресою: 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського за адресою: 46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12.

Автореферат розісланий " 21" грудня 2000 р.

Вчений секретар

спеціалізованої ради,

доктор медичних наук, професор

БОДНАР Я.Я.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За частотою гострий холецистит займає друге місце після апендициту і складає близько 10 % відносно всіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини (Ковальчук Л.Я. і співавт. 1999). Лікування гострого калькульозного холециститу не перестає бути однією із самих актуальних проблем в абдомінальній хірургії (Королев Б.А. і співавт. 1990; Шалимов А.А. і співавт., 1991; Mayol Martinez J. et al. 1994; Попов А.Ф. і співавт., 1995; Estes N.C. et al., 1996; Биков А.В., 1999). Складність лікування цієї патології в значній мірі обумовлена тим, що 40 - 80 % від загальної кількості хворих складають особи похилого і старечого віку. Як і раніше залишається досить велика кількість хворих з тяжкою супровідною патологією, з деструктивними й ускладненими формами захворювання, які в старшій віковій групі хворих досягають 30 - 40 %, а також тих, які госпіталізовані у пізні строки від появи перших симптомів хвороби (О.А.Беляева і співавт., 1996; Саєнко В.Ф., Ничитайло М.Ю., 1996; Ковальчук Л.Я. і співавт., 1999). Все це не може не вплинути на наслідки лікування.

Основним способом хірургічного лікування хворих на гострий холецистит є холецистектомія, яка в залежності від необхідності може бути доповнена тим, чи іншим втручанням на гепатикохоледосі. Однак, не дивлячись на удосконалення техніки самої операції і техніки лікування хворих, частота ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів на гострий холецистит складає 7 -17 %, а летальність - 4 - 6 %. З 1993 року для лікування хворих на гострий холецистит все частіше почали застосовувати лапароскопічні та ендоскопічні хірургічні втручання (Балаликін А.С., 1993; Грубник і співавт., 1993; В.Ф. Саєнко і співавт., 1996; Ничитайло В.Ю. і співавт. 1996; Hunter J.G., 1993; Crist D.W., 1993; Cuschieri A., 1993; Berci G., 1994). Однак, можливість виконання лапароскопічної холецистектомії при гострому калькульозному холециститі сьогодні, є суперечною. Технічні особливості її виконання, обмежені можливістю візуального та тактильного контролю в зоні виконання оперативного втручання, нерідко призводять до виникнення серйозних ускладнень і труднощів, які можуть знижувати цінність методики (Hunter J.G. et al., 1996; Галлінгер Ю.И. і співавт., 1998; Коротков Н.И. і співавт., 1998; Стрекаловский В.П. і співавт., 1998; Федоров И.В. і співавт., 1998; Захараш Ю.М., 1998).

Питання котрі стосуються показань, строків виконання хірургічного лапароскопічного втручання, а також вибору його способу і об'єму, в залежності від форми гострого калькульозного холециститу, віку хворого, супровідної патології, тривалості захворювання до теперішнього часу залишаються дискусійними і повністю не вирішеними. Однією з причин незначної поширеності використання лапароскопії в хірургічному лікуванні жовчних шляхів є відсутність чітких алгоритмів передопераційних та інтраопераційних діагностичних методів (Поліщук В.М. і співавт., 1998). Найбільш гостро розглядається питання про тактику хірурга в тих випадках, коли

разом з жовчним міхуром до запального процесу втягнуті оточуючі його органи і тканини. Прогнозування щодо виявлення запального процесу, його розповсюдження в черевній порожнині, ступеня втягнення до процесу оточуючих органів і тканин на доопераційному етапі, до нинішнього часу залишається незадовільним. У більшості випадків найточнішу картину хірург одержує тільки під час операції. Сьогодні не описано достатньо чітких критеріїв спираючись на які хірург може продовжити виконання лапароскопічної холецистектомії, або перейти до лапаротомії у випадках виявлення патологічних процесів. Частота переходу до лапаротомії під час лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит залишається стабільною, і зумовлена виникненням таких ускладнень як кровотеча і пошкодження жовчних проток, та наявність у хворих щільного інфільтрату або гангренозного холециститу. У зв'язку з цим відсоток пошкодження жовчовивідної протокової системи і виникнення різноманітних ускладнень залишається високим.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є складовою галузеві наукові програми університету “ Розробка нових способів лікування хворих з патологією органів черевної порожнини, захворюваннями трахеї, бронхів і легень, з використанням ендоскопічних операцій і лазерного випромінювання ” держреєстрації №0196U022932. Автором особисто виконувано її розділ “ Розробка нових ендоскопічних операцій при захворюваннях жовчного міхура”, що викладено у дисертації.

Мета і задачі дослідження. Мета дослідження - розробити оптимальний алгоритм та підвищити ефективність хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит з використанням лапароскопічної холецистектомії.

Основні задачі дослідження.

1. Розробити оригінальні технічні прийоми, які забезпечують виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит в технічно складних випадках.
2. Уточнити показання для виконання холангіографії у хворих на гострий калькульозний холецистит під час проведення лапароскопічної холецистектомії.
3. На основі даних лапароскопії розробити діагностичні критерії, що дозволять своєчасно перейти, у випадку ускладнень, під час виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит до відкритої лапаротомії та холецистектомії.
4. Розробити комплекс технічних прийомів, що попереджують пошкодження жовчних проток та судин при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит.

5. Проаналізувати результати оперативного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит при використанні лапароскопічної та відкритої холецистектомії.

Об'єкт дослідження: хвороба людини - гострий калькульозний холецистит.

Предмет дослідження: хірургічне лікування калькульозного холециститу методом лапароскопічної холецистектомії.

Методи дослідження: Всім хворим, з метою уявлення загального стану в різноманітні терміни лікування, виконувалися традиційні лабораторні, загальноклінічні дослідження: загальний клінічний аналіз крові, загальний клінічний аналіз сечі, час згортання крові за методикою Чи і Уайта, тривалість кровотечі за методикою Дюке, протромбіновий індекс за методом Квіка; визначалися вміст глюкози крові глюкозооксидазним методом, вміст в крові фракцій білірубину калориметричним методом Ван ден Берга, загальна кількість білка крові спектрофотометричним методом; проводилась тимолова реакція Лагана; визначалась кількість трансаміназ плазми крові за методом Райтмана, лужної фосфатази плазми крові за методом Боданського.

Інструментальні методи дослідження: електрокардіографія, флюорографія, ультразвукове дослідження, були виконані хворим в обов'язковому порядку, з метою уявлення їх загального стану. Фіброгастродуоденоскопію проводили лише тим хворим, у яких в анамнезі була виявлена виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, або було виявлено характерні для цих захворювань скарги, всього в 62 випадках (19,8 %).

Всім хворим з метою уявлення особливості виконання оперативного втручання, застосовані інтраопераційні методи дослідження: пальпація та огляд під час лапаротомії, у 450 хворих; лапароскопія під час лапароскопічної холецистектомії, у 422 хворих; інтраопераційна холангіографія, у 196 хворих.

Наукова новизна одержаних результатів. Автором вперше одержані нові дані про механізм пошкодження жовчних проток у хворих на гострий калькульозний холецистит під час лапароскопічної холецистектомії. Вперше науково доказана доцільність розроблених методів профілактики пошкоджень жовчних проток та гнійно-запальних ускладнень.

Одержані та проаналізовані, на основі багатого клінічного матеріалу, нові дані інтраопераційних та післяопераційних ускладнень лапароскопічної операції у хворих на гострий калькульозний холецистит.

Вперше, на основі даних наукового аналізу, автором розроблені нові підходи до використання лапароскопічної холецистектомії та інтраопераційної холангіографії.

Одержані дані дозволяють вибрати правильну хірургічну тактику, прогнозувати виникнення, перебіг та профілактику інтра- та післяопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит.

Практичне значення одержаних результатів. Вивчена і науково обґрунтована можливість використання лапароскопічної холецистектомії з мінімальним ризиком виникнення інтра- і післяопераційних ускладнень..

Розроблені оригінальні технічні прийоми які дозволять значно знизити частоту післяопераційних ускладнень, та попередити пошкодження жовчних проток в процесі виконання лапароскопічного втручання .

На основі даних лапароскопії виявлені і проаналізовані діагностичні критерії, які дозволять своєчасно, до розвитку ускладнень, перейти до відкритої операції у хворих на гострий калькульозний холецистит.

Розроблена методика введення зволоженого кисню в черевну порожнину, яка дозволить знизити частоту гнійно - запальних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії.

В дисертації наведені показання до виконання інтраопераційної холангіографії під час виконання лапароскопічної холецистектомії в умовах гострого холециститу

Результати роботи впроваджені до клінічної практики відділень загальної хірургії та хірургічної гастроентерології обласної клінічної лікарні м.Одеси, а також у лекційний курс кафедри шпитальної хірургії Одеського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Мета та завдання дослідження визначені автором. Особисто приймав участь у виконанні значної частини хірургічних та лапароскопічних втручань на жовчному міхурі, які відбулися в обласній клінічній лікарні за період з 1993 року. Ним проведено обстеження та лікування більшості хворих на гострий холецистит, які знаходились на лікуванні в обласній клінічній лікарні і хірургічній клініці університету. Наведені у дисертаційній роботі результати отримані автором особисто. Самостійно проаналізований механізм пошкодження жовчних проток у хворих на гострий холецистит під час лапароскопічної холецистектомії, та самостійно розроблені ефективні пропозиції щодо методу профілактики ускладнень оперативного лапароскопічного втручання.

Автором розроблена методика профілактики гнійно - запальних ускладнень лапароскопічної операції, методика одержання трьохмірного зображення при лапароскопічних втручаннях на жовчному міхурі, оригінальна методика виконання лапароскопічної холецистектомії. Здобувачем самостійно проаналізовані найближчі та віддалені результати лікування хворих на гострий калькульозний холецистит. Автор самостійно провів вибірку та статистичну обробку клінічних даних.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації оприлюднені на

2-ому московському міжнародному конгресі по ендоскопічній хірургії (23-25 квітня, 1997 рік, Росія, м.Москва), на Українсько-американському міжнародному науковому конгресі з ендоскопічної хірургії (6-7 червня, 1997 рік, м.Одеса), на 6-ому Всесвітньому конгресі з ендоскопічної хірургії (3-6 червня, 1998 рік, Італія м.Рим), на 7-ому міжнародному конгресі європейської асоціації ендоскопічних хірургів (23-26 червня, 1999 рік, Австрія, м.Лінц), на Першому Українському конгресі з мінімальної інвазивної і ендоскопічної хірургії (5-7 жовтня, 1999 рік, Україна, м. Київ), на Сьомій конференції хірургів-гепатологів (14-16 жовтня, 1999 рік, Росія, м. Смоленск), на науковій сесії товариства вчених американських гастроентерологів та ендоскопічних хірургів (29 березня-1 квітня, 2000 рік, США, м. Атланта),

Публікації. За темою дисертації опубліковано 21 наукова праця, в тому числі - 4 у фахових виданнях рекомендованих ВАК України, подано 8 раціоналізаторських пропозицій.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 152 сторінках друкарського тексту. Складається з вступу, шести розділів, висновків, практичних рекомендацій, п'ятнадцяти додатків. Ілюстрована 21 таблицею та 5 малюнками. Список використаних джерел складається із 265 бібліографічних описів, 120 вітчизняних та 145 іноземного. Обсяг ілюстрацій, додатків, бібліографічних описів складає 42 сторінці.

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі результатів лікування 872 хворих з жовчнокам'яною хворобою, яким була зроблена холецистектомія з приводу гострого калькульозного холециститу в 1993 - 1998 роках. Всі операції були виконані на базі Одеського державного університету, кафедри шпитальної хірургії, в Одеській обласній клінічній лікарні. З приводу гострого калькульозного холециститу методом лапароскопічної холецистектомії було оперовано 422 хворих і 450 хворих методом відкритої, лапаротомної. Дослідження було перспективним. Хворі були розподілені на групи за віком, тривалістю захворювання, наявністю супутніх захворювань.

Пацієнти відбиралися для оперативного лікування методом випадкового відбору: один із хворих на гострий холецистит оперувався відкритим методом, слідуючий за ним оперувався методом лапароскопічної холецистектомії. Для оперативного лікування хворі розподілялися в приймальному спокої. Операції виконувалися двома незалежними один від одного бригадами висококваліфікованих хірургів.

Враховуючи певні технічні обмеження техніки виконання лапароскопічної холецистектомії в групі хворих, що досліджується не входили: хворі з механічною жовтяницею, білірубінемія понад 20 мкмоль/л ; хворі з явними ознаками холедохолітіазу, розширенням діаметра гепатикохоледоуху

більше ніж 12 мм; виявленими конкрементами у просвіті жовчних шляхів; хворі з явищами гнійного холангіту; хворі з явищами дифузного або розлитого перитоніту; хворі з наявністю щільного інфільтрату який пальпувався до операції в черевній порожнині в ділянці жовчного міхура.

Всі оперовані хворі поступили у хірургічне відділення в різний термін від початку захворювання. Найбільша кількість хворих - 56 %, звернулася за допомогою після 48 годин від початку захворювання.

Значна частина хворих, що поступили в спеціалізоване хірургічне відділення, оперувалися в перші години після звернення в клініку. Враховуючи гостроту процесу і наявність супутніх захворювань, хворим проводилося комплексне обстеження і одночасно лікувальні заходи для підготовки хворого до операції. Основна група хворих – 79 %, була оперована через 12 - 24 години після початку захворювання. Протягом першої 72 години були оперовані всі хворі.

Всім хворим, після огляду хірурга, протягом першої години проводилося ультразвукове дослідження на апаратах типу “AlokaSSD-210”, “AlokaSSD-260”, “AlokaSSD-650”, секторальним, конвексійним та лінійним датчиками 3,5 МГц, без попередньої підготовки.

Ультразвукове дослідження печінки проводили шляхом сканування в правому підребер'ї, застосовуючи акустичне вікно між краєм ребрової дуги і товстою кишкою на висоті вдиху в повздовжній і поперечній проекціях з інтервалом 1 см, за методикою С.F. McCarthy. А також за методикою С.G. Evans по міжреберних проміжках, при положенні хворого на лівому боці на висоті вдиху.

Було виявлено, що для чіткого уявлення про наявні зміни, оптимальним часом ультразвукового дослідження є 20 хвилин, за цей час можна було отримати до 100 зрізів гепатопанкреатодуоденальної зони. Повторне дослідження виконували через 12 годин після попередньої підготовки. Всім хворим проводилося неодноразове ультразвукове дослідження в післяопераційному періоді.

Основні результати дослідження. У нашому дослідженні ми підтвердили той факт, що виконання лапароскопічної холецистектомії в умовах гострого калькульозного холециститу значно відрізняється від аналогічної операції у хворих на хронічний калькульозний холецистит. Тривале існування хронічного процесу веде до утворення щільних фіброзних зрощень між жовчним міхуром і навколишніми органами, а приєднання гострого запалення до занурення жовчного міхура в інфільтрат і формування спочатку пухких, а потім і більш щільних злук. Внаслідок цих змін створюється характерна клініко-анатомічна ситуація, що призводить до значних труднощів у виконанні лапароскопічної холецистектомії. У нашому дослідженні під час лапароскопії у хворих оперованих з приводу гострого калькульозного холециститу було виявлене

наступне: у 196 (46,4 %) хворих жовчний міхур був напружений, вільний від злук, розташований вільно в черевній порожнині. Серозна оболонка його набрякла та інтенсивно гіперемійована. Навколо міхура і в правому підпечінковому просторі була виявлено незначний вміст світлого випоту. У 114 (27 %) хворих запальний процес був більш вираженим. При цьому жовчний міхур був значно збільшений, до 14 • 5 см. Серозна оболонка його була значно гіперемірована, набрякла, з відкладами фібрину. В правому підпечінковому просторі містилося 50-70 мл світлого випоту. Наявність щільних інфільтратів виявлено в 204 випадках (48,3 %). Випот в таких випадках практично був відсутній.

За нашими даними частота післяопераційних ускладнень становила 4 %. Такий низький, у порівнянні з даними світової літератури, відсоток ускладнень ми пов'язуємо з тим, що нами розроблені більш вдосконалені методи виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит. Для її виконання ми використовували від трьох до чотирьох троакарів. Найкращими точками введення їх ми вважаємо: 10 мм - троакар в області пупка, і під мечевидним відростком, 5 мм - троакар в правій мезогастральній області, і при необхідності, додаткове введення 10 мм троакару в лівій мезогастральній області. Виконували максимальну тракцію за дно жовчного міхура в краніальному напрямі. Цей прийом дозволяв краще візуалізувати шийку жовчного міхура і трикутник Кало. Дисекцію серозної оболонки жовчного міхура виконували по нижньому латеральному краю, який найбільш чітко оголюється при захопленні за кишеню Гартмана і повороті його в медіальному напрямі. Цей маневр допомагав визначити місце з'єднання шийки жовчного міхура з міхурною протокою. Дисекцію тканин продовжували вздовж нижнього латерального краю, відділяючи серозну оболонку шийки жовчного міхура від печінки. Місце переходу звуження шийки жовчного міхура в міхурну протоку чітко виділяли з усіх сторін. Шийку жовчного міхура відділяли від ложа печінки. У процесі виконання лапароскопічної холецистектомії здійснювали максимальну тракцію захоплюючи за кишеню Гартмана в латеральному напрямі і до низу, в напрямі від печінки. Цей маневр забезпечував найбільшу дистанцію між міхурною і загальною жовчною протокою, забезпечуючи найкращу ідентифікацію обох структур. Дисекцію тканин ми починали високо від шийки жовчного міхура і переходили в латеральному та медіальному напрямі. При виділенні дотримувалися ближче до стінки жовчного міхура для кращого визначення анатомічних структур. Лімфатичний вузол розташований на міхурній протоці був міткою для початку дисекції. Міхурна протока повинна була бути першою трубчастою структурою знайденою при дисекції в трикутнику Кало, у тих випадках коли дисекція виконується з латеральної частини в медіальному напрямі. При наявності гострого запалення, необхідним було, щоб зона переходу жовчного міхура в міхурну протоку була виділена і оглянута з усіх сторін. Цей маневр дозволяв чітко візуалізувати

шийку жовчного міхура, а також місце де він звужується і переходить в міхурну протоку. При цьому ми використали методику візуалізації цієї області одночасно двома лапароскопами з двох перпендикулярних точок, отримуючи при цьому трьохмірне уявлення про об'єкт, що виділяється. ("Спосіб отримання трьохмірного зображення об'єктів при лапароскопічних втручаннях" посвідчення на раціоналізаторську пропозицію видане Одеським БРІЗом 10/12/98 N 2879).

У наших дослідженнях частота ускладнень у оперованих в ранні терміни від початку захворювання, до чотирьох діб, становила 0,71 %, а в пізні, через чотири доби і більше - 4,5 %. Ми встановили що значним фактором ризику пошкодження жовчних проток є запальні зміни в області трикутника Кало і гепатодуоденальній зв'язці. Другим найбільш важливим фактором ризику пошкодження протокової системи є технічні особливості виконання лапароскопічної операції, а також варіанти тракції за жовчний міхур. При традиційних, добре відпрацьованих прийомах і варіантах візуалізації, під час рутинних операцій у хворих на хронічний калькульозний холецистит, частота пошкодження жовчної протокової системи складає від 1 % до 1,8 %, і не має тенденції до зниження. Потрібно вважати, і це доведено в наших дослідженнях, що використання зазначених прийомів при оперативному лікуванні гострого калькульозного холециститу призводить до зростання відсотка пошкоджень жовчних шляхів. Змінюючи технічні прийоми виконання лапароскопічної холецистектомії можна сподіватись значного зниження їх кількості.

Найбільш частою причиною конверсій при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, за даними наших досліджень, з'явилось наявність щільних інфільтратів в області шийки жовчного міхура і трикутника Кало (2,4%). Ми не переходили до конверсії у хворих оперованих в перші 4 доби від початку захворювання, оскільки не спостерігали значної інфільтрації в області трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки. Відсутність щільної запальної інфільтрації в цій зоні, дозволило відділити міхурну протоку і міхурну артерію лапароскопічним методом.

Таким чином наші дослідження підтвердили тезу про те, що фактор тривалості захворювання має суттєву роль для успішного виконання холецистектомії. Тривалість перебування хворого в стаціонарі також залежить від цього фактору. Так за нашим даними з 281 хворих на гострий калькульозний холецистит, що поступили в клініку протягом перших чотирьох діб від початку захворювання, 262 (93,2 %) були виписані на 3-ю добу після операції, а з 141 хворого що поступили через чотири доби від початку захворювання 98 (69,5 %) були виписані на 4-у добу, або ще пізніше.

Подібна закономірність спостерігається і стосовно частоти конверсії під час лапароскопічної холецистектомії. За нашими даними у хворих оперованих протягом перших

чотирьох діб, від початку захворювання, конверсій не було, а в групі хворих оперованих через чотири доби, частота конверсій становила 5,7 %.

Найбільша кількість післяопераційних ускладнень доводиться на випадки, коли хворі поступили в пізні терміни від початку захворювання, від 4 діб і більш. Підтікання жовчі по дренажах у 3 випадках (0,71%), абсцеси черевної порожнини у 6 випадках (1,42%), нагоєння післяопераційних ран у 7 випадках (1,65%). Пошкодження жовчовивідної протокової системи було в трьох випадках (0,71 %). В двох випадках лапаротомія з приводу крайового пошкодження 1/3 загальної печінкової протоки була зроблена відразу після його поранення. У даних випадках оголення жовчних проток відбувалося в умовах щільного інфільтрату і набряку тканин у хворих з гангренозною формою гострого калькульозного холециститу. В обох випадках була виконана лапаротомія, та зроблено зовнішнє дренивання загальної жовчної протоки Т-подібним латексним дренажем за Кером. Післяопераційний період був без ускладнень, дренажі із загальної жовчної протоки виймали після контрольної холангіографії, через місяць після операції. Хворі були виписані в задовільному стані, і оглянуті протягом 12 місяців.

У одному випадку (0,2 %) пошкодження загальної жовчної протоки не було помічене під час операції. Причиною була наявність значного запального інфільтрату в області шийки жовчного міхура і гепатодуоденальній зв'язці, який сформувався у хворого на шосту добу від початку захворювання. Міхурна протока, в цьому випадку, була дуже короткою, розташована паралельно загальної жовчної протоки. При відділенні жовчного міхура від воріт печінки загальна жовчна протока була прийнята за міхурну протоку. Вона була кліпована та перерізана. Поранення загальної жовчної протоки було виявлено на другу добу після операції. Хворий був оперований, була зроблена лапаротомія та гепатікоєюностомія. Протягом 12 місяців після операції стан хворого був задовільний.

Враховуючи те, що процес лапароскопічної холецистектомії відбувається в атмосфері що складається в основному з вуглекислого газу, нами було зроблено припущення, що однією з основних причин гнійно-запальних ускладнень є представники анаеробної флори. Нами був запропонований метод профілактики цих ускладнень. На заключному етапі операції в момент дренивання черевної порожнини ми вводили в черевну порожнину приблизно 200 - 300 зволоженого кисню, який змінював характер середовища з анаеробного на аеробний. (Посвідчення на раціоналізаторську пропозицію No 2314 "Спосіб профілактики інфекційних ускладнень після лапароскопічної холецистектомії", видане Одеським БРІЗом управління охорони здоров'я 15.09.94.). Ми зробили припущення що зміна характеру середовища поведе за собою зміну в спектрі інфекційних агентів запального процесу в черевній порожнині, і виникнуть умови що будуть гальмувати зростання анаеробної флори.

196 (46,5 %) хворих склали першу групу у яких ми вводили в черевну порожнину кисень на заключному етапі, і 226 (53,6 %) хворих склали другу групу, яким кисень не вводився. Були отримані результати, які підтвердили нашу гіпотезу: в першій групі хворих кількість гнійно-запальних ускладнень була 2,5 %, у другій 3,98 %.

При порівнянні результатів отриманих після виконання лапароскопічної холецистектомії з результатами які були одержані після виконання відкритої холецистектомії, у хворих на гострий холецистит, ми виявили однакові закономірності. Чим раніше оперується хворий на гострий холецистит, тим менше кількість ускладнень.

Ми очікували що найбільша кількість інтраопераційних і післяопераційних ускладнень у хворих після відкритої холецистектомії доводиться на ті випадки, коли хворі поступили в пізні терміни від початку захворювання, від 4 діб і більш. Пошкодження загальної жовчної протоки у 2 (0,44%) випадках, кровотеча у 4 (0,88%) випадках, підтікання жовчі по дренажах у 2 випадках (0,44%), абсцеси черевної порожнини у 7 випадках (1,55%), нагоєння післяопераційних ран у 18 випадках (4%), евентрація у 1 (0,22%) випадку.

За даними нашого дослідження ми виявили що час реабілітації хворих на гострий холецистит і термін тимчасової непрацездатності значно коротше в групі хворих що оперувалися лапароскопічним методом. Термін перебування в стаціонарі після лапароскопічної операції становив $3,7 \pm 1,5$ діб, після відкритої холецистектомії $8,5 \pm 2,3$ діб ($p < 0,05$). Термін тимчасової непрацездатності пацієнтів по лікарняному листу після лапароскопічної холецистектомії склав $14,6 \pm 3,4$ діб, після відкритої холецистектомії $26,7 \pm 5,2$ діб ($p < 0,05$).

Із 196 хворих, у 18 (9,2 %) інтраопераційна холангіографія виконувалась в випадках складній анатомічній орієнтації, в зв'язку з наявністю щільного, запального інфільтрату в ділянці трикутника Кало. У цих хворих через запальних змін важко було відділити перехід шийки жовчного міхура в міхурну протоку, тому інтраопераційна холангіографія проводилася пункційним методом. Жовчний міхур пунктували під контролем лапароскопу товстою голкою, евакуйовували гнійну жовч, потім вводили в просвіт жовчного міхура 20-30 мл контрастної речовини, після чого виконували прицільну рентгенографію.

Контрастне зображення жовчного міхура і жовчних проток вдалося отримати у 13 пацієнтів. Це певною мірою допомогло розібратися в анатомічних взаємовідносинах жовчних проток і шийки жовчного міхура, а також допомогло уникнути травмування жовчних проток під час відділення міхурної протоки в трикутнику Кало. У 5 хворих міхурна протока була блокована дрібними конкрементами, тому отримати контрастне зображення жовчних шляхів не вдалося.

У 178 пацієнтів інтраопераційна холангіографія виконувалась через тонкий катетер діаметром до 2-3 мм введений через міхурну протоку.

Спочатку інтраопераційну холангіографію виконували у всіх випадках, коли були підозри на наявність жовчної гіпертензії і конкрементів в гепатікохоледосі. Дані вимірювання діаметру гепатікохоледоуху були показанням для проведення інтраопераційної холангіографії. При розширенні гепатікохоледоуху понад 8 мм вважали за необхідним проводити інтраопераційну холангіографію.

Аналіз перших 108 інтраопераційних холангіографій показав наступне: по-перше, ми виявили, що вимірювання діаметра гепатікохоледоуху під час лапароскопічної операції може давати вельми значні погрішності. Так, з 69 хворих, у яких за даними вимірювання ширина гепатікохоледоуху була більше за 8 мм, у 53 по даним інтраопераційної холангіографії діаметр гепатікохоледоуху був менше за 8 мм. Така невідповідність пояснюється, як недосконалістю методики вимірювання діаметра гепатікохоледоуху під час лапароскопічної операції, так і запальною інфільтрацією тканин, що приводить до потовщення його стінки.

При виконанні перших 108 інтраопераційних холангіографій під час проведення лапароскопічної холецистектомії конкременти в гепатікохоледосі були виявлені у 9 випадках.

Виявилося, що у 55 хворих з блокованим жовчним міхуром, при наявності в шийці жовчного міхура конкремента діаметром 6-10 мм, ні в одному випадку не був виявлений холедохолітаз. Міхурна протока у всіх цих хворих була досить вузькою і не перевищувала 4 мм в діаметрі.

У 28 випадках жовчний міхур не був блокований, міхурна протока не була розширена, діаметр її не перевищував 4 мм, у 15 хворих з цієї групи в жовчному міхурі був єдиний великий камінь діаметром більше за 10 мм. Ні в одному випадку з цієї групи хворих не було виявлено холедохолітазу.

У 11 хворих міхурна протока мала діаметр від 4 до 6 мм, діаметр гепатікохоледоуху по даним лапароскопічних досліджень був більше за 10 мм, в жовчному міхурі були великі і дрібні конкременти. З цієї групи хворих холедохолітаз був виявлений у 3.

У 14 пацієнтів жовчний міхур містив безліч дрібних конкрементів діаметром від 3 до 6 мм. Міхурна протока у 8 із 14 хворих була розширена понад 5 мм. Діаметр гепатікохоледоуху у 4 хворих був 8 мм, у 5 хворих - 10 мм, у 5 хворих - понад 10 мм., з цієї групи хворих конкременти в гепатікохоледоуху були виявлені у 6 пацієнтів.

Таким чином, аналіз даних отриманих при виконанні інтраопераційної холангіографії показав, що найбільш вірогідним для наявності холедохолітазу є наступні ознаки:

1. Наявність дрібних конкрементів в жовчному міхурі;
2. Розширення міхурної протоки більш 4-5 мм;
3. Розширення діаметра гепатікохоледоуху більше за 10 мм;

При виконанні подальших 136 лапароскопічних холецистектомій ми виконували інтраопераційну холангіографію у 40 випадках по показанням:

1. Після раніше перенесеної папілотомії у 5 хворих, з метою контролю за станом загальної жовчної протоки;
2. Виявлене при ЛХ розширення діаметра загального жовчної протоки більше за 9-10 мм у 16 випадках;
3. Наявність дрібних конкрементів в просвіті жовчного міхура при збільшенні діаметра міхурної протоки понад 5 мм, у 15 випадках;
4. З цілю з'ясування чітких анатомічних орієнтирів під час операції, у 4 випадках;

Наявність конкрементів в жовчних шляхах при виконанні селективної інтраопераційної холангіографії під час лапароскопічної холецистектомії була виявлена у 12 випадках, що склало 8,8%. У цих випадках було виявлено поєднання наявності дрібних конкрементів в просвіті жовчного міхура, збільшення діаметра гепатікохоледоу більше за 9 мм, збільшення діаметра міхурної протоки понад 5 мм. У 6 випадках в гепатікохоледоу були виявлені множинні конкременти, у 6 випадках одиничні. У випадках з множинними конкрементами їх діаметр не перевищував 4-5 мм, (на холангіограмі вони візуалізувалися як множинні крапкові включення на фоні розширеного загального жовчного протоку). У 2 випадках діаметр конкрементів в гепатікохоледоу був від 5 до 9 мм. У 2 випадках діаметр конкрементів становив 10-12 мм.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і новий підхід до вирішення наукової задачі що виявляється в розробці нового методу хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит лапароскопічним методом, її взаємозв'язку з питаннями котрі стосуються показань, термінів виконання лапароскопічного втручання, а також вибору його способу і об'єму, в залежності від форми гострого калькульозного холециститу, тривалості захворювання, прогнозування щодо виявлення запального процесу, його розповсюдження в черевній порожнині, ступеня втягнення до процесу оточуючих органів і тканин, яка вирішена в процесі дослідження розробленого оптимального алгоритму хірургічного лікування цих хворих, призначеного для підвищення ефективності їх лікування з використанням лапароскопічної холецистектомії:

1. До пошкодження жовчних проток під час виконання лапароскопічної холецистектомії доводять технічні особливості виконання операції, зокрема особливі варіанти тракції за жовчний міхур, та особливості візуалізації на екрані операційного поля.
2. Ризик пошкодження жовчних проток зростає при застосуванні широко поширеної методики виконання лапароскопічної холецистектомії в умовах гострого калькульозного холециститу

3. Дотримання опрацьованого комплексу технічних прийомів виконання лапароскопічної холецистектомії, в умовах гострого калькульозного холециститу, є ефективним засобом профілактики пошкодження жовчних проток і веде до зниження кількості ускладнень в 2 рази;
4. Отримання об'ємного уявлення про топографічні співвідношення анатомічних структур під час візуалізації місця злиття жовчного міхура і міхурної протоки і місця злиття міхурної протоки і загальної жовчної протоки, яка зроблена з двох різних, перпендикулярних один одному точок зору, одночасно на двох відеосистемах, сприяє профілактики пошкодження жовчних проток;
5. Холангіографія в умовах гострого калькульозного холециститу, при виконанні лапароскопічної холецистектомії, не є обов'язковою у всіх хворих. Показанням до виконання інтраопераційної холангіографії є виявлені ознаки холедохолітіазу: наявність дрібних конкрементів в жовчному міхурі, менше за 6 мм; розширення міхурної протоки більше за 7 мм, і розширення діаметра гепатікохоледоуху більше за 10 мм, або труднощі у виконанні операції при наявності аномалій або варіантів розташування жовчних проток;
6. Зміна характеру середовища в черевній порожнині з анаеробного на аеробний на заключному етапі лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, при введенні в черевну порожнину приблизно 200 - 300 зволоженого кисню, є ефективним засобом профілактики гнійно-запальних ускладнень в післяопераційному періоді і призводить до зниження їх частоти в 1,8 – 2 рази;
7. При виконанні лапароскопічного втручання у хворих з наявністю щільного запального інфільтрату в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і трикутника Кало, що не дозволяє диференціювати судинні і протокові структури, а так само у хворих на гострий гангренозний холецистит, з деструктивними та некротичними процесами в області шийки жовчного міхура і трикутника Кало, доцільно перейти до відкритої операції, що дозволяє уникнути небезпеки пошкодження жовчних проток і судин гепатодуоденальної зв'язки;
8. При правильно обраному показанні і технічно адекватному виконанні, лапароскопічна холецистектомія у хворих на гострий калькульозний холецистит є більш ефективним втручанням в порівнянні з традиційною, відкритою холецистектомією, оскільки дозволяє значно скоротити термін перебування хворих в стаціонарі, термін трудової і соціальної реабілітації, і значно поліпшує косметичні результати після перенесеної операції в порівнянні з лапаротомією. При цьому тривалість лапароскопічної операції в 1,5–2 рази менша, ніж при лапаротомії, і термін перебування в стаціонарі в 2–2,5 рази коротший, ніж після лапаротомії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для підвищення ефективності лікування хворих на гострий калькульозний холецистит рекомендується використати лапароскопічну холецистектомію;

2. Лапароскопічну холецистектомію у хворих на гострий калькульозний холецистит можна порадити виконувати в ранні терміни від початку захворювання;
3. Не рекомендується виконувати лапароскопічну холецистектомію у хворих на гострий калькульозний холецистит у випадках наявності: механічної жовтяниці (білірубінемія понад 20 мкмоль/л); збільшення по даним ультразвукового дослідження діаметра гепатікохоледоуху більше ніж 12 мм; явищ гнійного холангіту; дифузного або розлитого перитоніту; інфільтрату в області жовчного міхура, що діагностується до операції;
4. При виконанні лапароскопічної холецистектомії, в умовах гострого калькульозного холециститу, рекомендується дотримуватися розробленого комплексу технічних прийомів з метою профілактики пошкодження жовчних проток;
5. У хворих на гострий калькульозний холецистит під час виконання лапароскопічної холецистектомії з метою ідентифікації анатомічних структур в ділянці трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки та отримання об'ємного уявлення про їх топографічні співвідношення, рекомендується використовувати два лапароскопа, для огляду даної зони з двох перпендикулярних один одному точок зору, одночасно на двох відеосистемах;
6. Інтраопераційну холангіографію, при виконанні лапароскопічної холецистектомії в умовах гострого калькульозного холециститу, рекомендується виконувати у пацієнтів з раніше виявленими ознаками холедохолітазу, і в технічно складних випадках при наявності аномалій або варіантів розташування жовчних шляхів;
7. Переходити до лапаротомії, при виконанні лапароскопічної холецистектомії, рекомендується у випадках наявності щільного запального інфільтрату в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і трикутника Кало, що не дозволяє диференціювати судинні і протокові структури, а так само у хворих на гострий гангренозний холецистит, з деструктивними і некротичними процесами в ділянці шийки жовчного міхура і трикутника Кало;
8. На заключному етапі лапароскопічної холецистектомії, з метою профілактики післяопераційних, гнійно-запальних ускладнень у хворих на гострий калькульозний холецистит, рекомендується вводити в черевну порожнину 200-300 мл зволоженого кисню.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ільяшенко В.В. Технічні особливості виконання лапароскопічної холецистектомії при гострому калькульозному холециститі // Одеський медичний журнал. – 1998. - № 3. – С.22-25.
2. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А., Герасимов Д.В., Пушпендра Шарма, Фомичев А.А. // Клінічна хірургія. - 1995. - № 4.- С.7-9.

3. Осложнения после выполнения лапароскопической холецистэктомии / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Герасимов Д.В., Грубник Ю.В., Пушпендра Шарма, Четвериков С.Г. // Клінічна хірургія. - 1999. - № 7. - С. 38-40.
4. Ендоскопічні втручання у хворих на холедохолітіаз / Грубник В.В., Пушпендра Шарма, Ільяшенко В.В. // Шпитальна хірургія. – 1998. - №3. – С. 63-64.
5. Лапароскопические операции у больных с холедохолитиазом / Грубник В.В., Пушпендра Шарма, Ильяшенко В.В., Герасимов Д.В. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Vol. 3, № 3. – С. 47.
6. Laparoscopic management of ductal stone disease / Grubnik V.V., Sharma P., Gerasimov D.V., Pyashenko V.V. // School of Fundamental Medicine Journal. -1999. - P. 46-48.
7. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А., Герасимов Д.В., Пушпендра Шарма // Вестник хирургии им И.И.Грекова. - 1996. – Том 155, № 3. - С. 28-30.
8. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А., Герасимов Д.В., Пушпендра Ш. // Хирургия. - 1998. - № 3. - С. 7-9.
9. Пути снижения частоты осложнений при лапароскопических холецистэктомиях / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Шарма Пушпендра, Четвириков С.Г. // Анналы хирургической гепатологии. - 1999. – Том 4, № 2. -С. 216.
10. Laparoscopic management of ductal stone disease / Grubnik V.V., Sharma P., Chetveriko S.G., Pyashenko V.V. // Surgical Endoscopy. - 2000. - Vol. 14. - P. 152.
11. Laparoscopic liver resection / Grubnik V.V, Pyashenko V.V., Tkachenko A.I., Sharma P., Chetverikov S.G. // Surgical Endoscopy. - 2000. - Vol. 14. - P. 152.
12. Ильяшенко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите // Сб.науч.тр. "Актуальные проблемы патологии" / Под. ред. член-кор. АМН Украины В.Н. Запорожана. - Одесса.:“Маяк”,1997. -Т. 1. - С. 195-197.
13. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А., Пушпендра Шарма, Герасимов Д.В., Баязитов Н.Р., Мельник Л.А. // Сб.науч.тр. "Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии" / Под. ред. профессора Зайцева В.Т. – Харьков, 1994. - Т. 2. - С. 13.
14. Ильяшенко В.В. Профилактика инфекционных осложнений после лапароскопической холецистэктомии // Материалы научно-практических конференций областной клинической больницы "Реабилитация". – Вып.1. –Одесса, 1997. - С. 30-31

15. Ильяшенко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите // Материалы научно-практических конференций областной клинической больницы "Реабилитация". – Вып. 2. – Одесса, 1997. - С. 25.
16. Ильяшенко В.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите // Материалы научно-практических конференций областной клинической больницы "Реабилитация". – Вып. 2. – Одесса, 1997. - С. 25-26.
17. Ильяшенко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите в условиях отсутствия пузырного протока // Тезисы докладов Украинско-Американского конгресса по эндоскопической хирургии. – Одесса, 1997. - С. 36-38.
18. Ильяшенко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите // Тезисы докладов Украинско-Американского конгресса по эндоскопической хирургии. – Одесса, 1997.- С. 32-35.
19. Экономические аспекты внедрения лапароскопической холецистэктомии в хирургической клинике / Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Герасимов Д.В., Грубник Ю.В., Пушпендра Шарма, Каштальян М.А., Четвериков С.Г. // Тезисы докладов Украинско-Американского конгресса по эндоскопической хирургии. - Одесса, 1997. - С.42-47.
20. Осложнения после лапароскопической холецистэктомии. Анализ 1780 операций / Грубник В.В., Грубник Ю.В., Ильяшенко В.В., Фоменко В.А., Герасимов Д.В.// Тезисы докладов 2-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. - Москва, 1997. – С. 35-37.
21. Laparoscopic management of ductal stone disease / Grubnik V.V., Sharma P., Gerasimov D.V., Pyashenko V.V. // 6th World Congress of Endoscopic Surgery. - Rome, Italy, 1998. – P. 469-472.

АНОТАЦІЯ

Ильяшенко В.В. Лапароскопічна холецистектомія при гострому калькульозному холециститі.

Рукопис дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. - хірургія. Тернопільська державна медична академія МОЗ України, місто Тернопіль, 2001 рік.

Дисертація присвячена питанням попередження і профілактики ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холециститом. В дослідженні проведений аналіз 872 хворих з різноманітними формами гострого калькульозного холецистити. 422 з них були оперовані лапароскопічним методом, і 450 оперувались через лапаротомний доступ.

Описані нові дані про механізм пошкодження жовчних проток та судин під час лапароскопічної холецистектомії. У процесі дослідження було виявлено що пошкодженню

гепатікохоледоу сприяють технічні особливості її виконання, зокрема особливі варіанти тракції жовчного міхура і особливості візуалізації операційного поля на екрані монітора. В роботі опрацьовані оригінальні технічні прийоми що дозволяють попередити пошкодження жовчних шляхів в процесі виконання лапароскопічної холецистектомії, знизити частоту післяопераційних ускладнень.

На основі даних лапароскопії вказані діагностичні критерії що дозволяють своєчасно, до розвитку ускладнень, перейти до відкритої операції. У дисертації доведене що під час виконання лапароскопічного втручання у хворих з наявністю щільного, запального інфільтрату в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і трикутника Кало, який не дозволяє диференціювати судинні та протокові структури, а так само у хворих з гострим гангренозним холециститом, з деструктивним і некротичним процесом в ділянці шийки жовчного міхура і трикутника Кало, доцільно перейти до відкритої операції.

Розроблена методика введення кисню в черевну порожнину яка дозволяє знизити частоту гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді.

В роботі відпрацьовані нові підходи до використання лапароскопічної холецистектомії і інтраопераційної холангіографії. Було виявлено що показанням до виконання інтраопераційної холангіографії є виявлені ознаки холедохолітіазу: наявність дрібних конкрементів в жовчному міхурі, менше за 6 мм; розширення міхурної протоки більше за 7 мм, і розширення діаметра гепатікохоледоу більше за 10 мм, або труднощі у виконанні операції при наявності аномалій або варіантів розташування жовчних шляхів.

Отримані автором дані дозволять вибирати адекватну хірургічну тактику, прогнозувати виникнення, клінічний перебіг і профілактику інтра- і післяопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит.

Ключові слова: гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, пошкодження жовчних проток.

АННОТАЦІЯ

Ильясенко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите.

Рукопись диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. - хирургия. Тернопольская государственная медицинская академия им. И. Я. Горбачевского МОЗ Украины, г. Тернополь, 2001 год.

Диссертация посвящена вопросам предупреждения и профилактики осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом. В работе проведен анализ 872 холецистэктомий выполненных у больных с

различными формами острого калькулезного холецистита. 422 из них оперированы лапароскопическим методом, и 450 перенесли лапаротомическую холецистэктомию.

В исследуемую группу не входили больные с механической желтухой, больные с увеличением по данным ультразвуковой исследования диаметра гепатикохоледоха более чем 12 мм, а также с явлениями гнойного холангита, диффузного или разлитого перитонита, инфильтрата в области желчного пузыря, который определялся до операции.

Описаны новые данные о механизме повреждения внепеченочных желчевыводящих протоков при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Выявлено что повреждению гепатикохоледоха во время лапароскопической операции способствуют технические особенности ее выполнения, в частности особые варианты тракции за желчный пузырь и особенности визуализации операционного поля на экране монитора. В работе доказано что, риск повреждения внепеченочной протоковой системы возрастает при применении широко распространенной методики выполнения операции в условиях острого калькулезного холецистита. Диссертантом разработан новый комплекс технических приемов выполнения лапароскопической холецистэктомии, достоверно являющийся эффективным способом профилактики повреждения гепатикохоледоха. В новом комплексе отработана и изучена методика визуализации места слияния желчного пузыря и пузырного протка двумя перпендикулярными друг другу лапароскопами, на двух видеосистемах.

Выработаны новые подходы к использованию лапароскопической холецистэктомии и интраоперационной холангиографии. Было выявлено что показанием к выполнению интраоперационной холангиографии являются выявленные во время операции признаки холедохолитиаза, наличие мелких камней в желчном пузыре, менее 6 мм; расширение пузырного протока более 6 мм, и расширения диаметра гепатикохоледоха более 10 мм, или трудности в выполнении операции при наличии аномалий или вариантов расположения желчевыводящих путей

В работе указаны диагностические критерии на основе данных лапароскопии, позволяющие своевременно, до развития осложнений переходить к открытой операции. В диссертации доказано что при выполнении лапароскопического вмешательства у больных с наличием плотного воспалительного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки и треугольника Кало, который не позволяет дифференцировать сосудистые и протоковые структуры, а так же у больных с острым гангренозным холециститом, с деструктивными и некротическими процессами в области шейки желчного пузыря и треугольника Кало, целесообразно перейти к открытой операции, что позволяет избежать опасности повреждения желчевыводящих протоков и сосудов гепатодуоденальной связки.

В диссертации описана разработанная методика введения кислорода в брюшную полость, позволяющая снизить частоту гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде. В работе доказано что изменение характера среды в брюшной полости с анаэробного на аэробный, на заключительном этапе лапароскопической холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом, при введении в брюшной полость приблизительно 200 – 300 мл увлажненного кислорода, является эффективным средством профилактики гнойно - септических осложнений в послеоперационном периоде;

Полученные автором данные позволят выбирать правильную хирургическую тактику, прогнозировать возникновение, клиническое течение и профилактику интра- и послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения лапароскопической холецистэктомии, повреждение желчевыводящих протоков.

SUMMARY

Ilyashenko V.V. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. – Manuscript.

Thesis for candidat's degree by speciality 14.01.03 – surgery. Ternopil State Medical Academy by Gorbachevsky I.Y., Ministry of Health of Ukraine, city Ternopil, 2001.

Based on analysis of laparoscopic cholecystectomy in 422 patients with acute cholecystitis, authors describe intraoperative and postoperative complications.

The results of laparoscopic cholecystectomies have been compared with results of open cholecystectomies in 450 patients with acute cholecystitis.

Considerable difficulties were met in dissection of the gall bladder from inflammatory mass. More commonly technical problems arose when patients were operated later than five days after the initial bout of the disease.

The peculiarities of the laparoscopic cholecistectomy by the acute cholecistitis, which use promotes a decrease of lethal outcomes and of after-surgical of an operation number, were revealed. We have worked out the principles, and proposed the complex of intraoperative instrumental diagnostics. Techniques, they propose, are aimed to prevent complications. We have given the indications and contraindications to laparoscopical operations, we have proposed the algorithm of choice of methods for operative interventions on gall bladder.

Key words: the acute cholecystitis, the laparoscopic cholecystectomy, the complications of laparoscopic cholecystectomy, damage of gall duct.