

УДК: 616.36 – 004:616.12 – 008.331.1 – 07

ОСНОВНІ ПРОТИПОКАЗИ ДО ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Шніцер Р.І.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Ключові слова: гострий холецистит, ускладнення, лапароскопічна холецистектомія – покази і проти покази

Вступ: В питаннях показів та протипоказів до лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) провідним і надалі залишається визначення протипоказів до нового способу оперативного втручання [1].

Разом з тим, на відміну від ЛХЕ при хронічному холециститі, лапароскопічне видалення жовчного міхура при гострому його запаленні відрізняється більшою складністю, що може призвести до збільшення тривалості операції, більш частішої конверсії, також воно пов'язане з більш високим ризиком ускладнень та помилок при його виконанні. Ризик оперативного втручання зростає при ЛХЕ на фоні гострого запального процесу у хворих з вираженим ожирінням при наявності вибухаючого великого сальника та великої кількості жиру в ділянці гепатодуоденальної зв'язки і трикутника Кало.

Ще більший ризик оперативного втручання при гострому холециститі виникає в тих випадках, коли дана патологія поєднується з портальною гіпертензією (ПГ) на фоні цирозу печінки (ЦП). На фоні набряку жовчного міхура та гіперваскуляризації підпечінкового простору та гепатодуоденальної зв'язки при ЦП з'являються рубцево-інфільтративні зміни в ділянці шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки, викликані гострим запаленням жовчного міхура.

Небезпека розвитку ускладнень або переходу до лапаротомного способу операції чекає на хірурга і у випадку гострого холецистити при ускладнених його формах – механічній жовтяниці, холангіті, супутньому гострому панкреатиті, мікроцисти з проявами або без них, білі одигестивних та біліобілярних норицях.

Матеріали та методи. За період з 1993 по 2000 роки у хірургічній клініці ОКЛ м.Ужгорода було виконано 2011 ЛХЕ. З них: у 1498 (74,5%) хворих на хронічний калькульозний холецистит і у 513 (25,5%) пацієнтів на гострий калькульозний холецистит.

Серед оперованих нами хворих з гострим холециститом ожиріння II-III ступеню спостерігалось у 57 (11%) хворих, ПГ на фоні ЦП – у 5 (0,97%), мікроциста – у 12 (2,3%) хворих, механічна жовтяниця та холангіт – у 18 (3,5%), біліарні та білідигестивні нориці – у 8 (1,6%), гострий панкреатит у 14 (2,7%).

Кожне з вищеперерахованих ускладнень, можливо, окрім ожиріння, потребує як мінімум спеціальних доповнюючих методів обстеження або ендоваскулярних маніпуляцій, або ж відмови від ЛХЕ і переходу на традиційну лапаротомну холецистектомію.

Якщо проаналізувати 513 оперованих хворих з

приводу гострого холецистити, то за екстреними показам в перші три доби з моменту захворювання прооперовано 481 (93,8%) хворих. Ранні відстрочені ЛХЕ (через 4-14 діб з моменту захворювання) виконані у 18 (3,5%) хворих. Пізні відстрочені ЛХЕ (пізніше 14 діб з моменту захворювання) виконані у 14 (2,7%) пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Притримуючись активної хірургічної тактики при гострому холециститі, ми вважаємо, що гострий панкреатит у хворих з калькульозним холециститом частіше зумовлений проходженням конкременту через зону великого дуоденального смочка, що достатньо легко підтверджується ендоскопічною панкреатохолангіографією. Питання про спосіб видалення жовчного міхура в цьому випадку потрібно відкласти до періоду ліквідації гострих явищ – пізні відстрочені операції.

Аналогічна тактика використовується нами у пацієнтів з механічною жовтяницею, зумовленою холедохолітіазом, ендоскопічна папілосфінктеротомія з видаленням камнів холедоха також дозволяє другим етапом виконувати ранню відстрочену ЛХЕ.

При виявленні мікроцисти під час ЛХЕ операції з приводу гострого холецистити, на нашу думку, необхідно відразу виконувати конверсію, так як за цим криється білідигестивна чи біліобілярна нориця, або синдром Мірізі [2].

Наявність у хворих гострого холецистити на фоні ЦП та ПГ диктує необхідність спеціального алгоритму обстеження хворих гострим холециститом, так як лікувальна тактика таких хворих зовсім неоднозначна, а доопераційний період ведення повинен вимагати медикаментозну корекцію портального тиску та профілактичну ендоскопічну склеротерапію при варикозно-розширених венах стравоходу.

Висновки. Таким чином, на сьогоднішній день основні протипокази до екстреної ЛХЕ при гострому холециститі зводяться до наступних:

- гострий холецистит тривалістю більше 3-ох діб;
- виражені рубцево-інфільтративні зміни в ділянці шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки;
- гострий панкреатит;
- механічна жовтяниця та холангіт;
- біліарні та білідигестивні нориці;
- мікроциста.

ЛІТЕРАТУРА

1. Русин В.І., Шніцер Р.І. Лапароскопічна холецистектомія. – Ужгород: "Патент", 1995. – 64 с.
2. Русин В.І., Русин А.В., Румянцев К.С. Хірургічне лікування синдрому Мірізі // Шпитальна хірургія. – 2000. – №3. – С. 132-134.

SUMMARY

THE MAIN CONTRAINDICATIONS TO LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT AN ACUTE CHOLECYSTITIS

Schnitzer R.I.

The purpose of the present study was the analysis of the main contraindications to laparoscopic cholecystectomy (LC) at an acute cholecystitis. Being grounded on expertise of 2011 laparoscopic cholecystectomies, which one were executed in surgical clinic of District Hospital in Uzhgorod within 1993 to 2000, from which 513 patients were with an acute cholecystitis, a conclusion is drawn about the main contraindications to LC at an acute cholecystitis. They are: acute cholecystitis which lasts more than 3 days; strongly pronounced paunchy and infiltrating changes in the field of a gallbladder duct and hepatoduodenal bundle; acute pancreatitis; obstructive jaundice and cholangitis; biliar and biliodigestive fistulas; microcyst.

Key words: acute cholecystitis, complications, laparoscopic cholecystectomy – indications, contraindications