

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩОМ

Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, А.С. Шаповалов

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 4 больных с хроническим калькулезным холециститом, осложненным пузырно-кишечным желчным свищом. Пузырно-дуоденальный свищ имел место у 3 пациентов, пузырно-поперечноободочный – у одного. Отмечено, что дооперационная диагностика пузырно-кишечных желчных свищей у больных с хроническим калькулезным холециститом является сложным процессом, требующим расширения объема обследования за счет инвазивных дорогостоящих методик, которые не всегда возможно использовать. Наличие свища было диагностировано в процессе лапароскопической холецистэктомии, что вынудило изменить ход оперативного вмешательства за счет технических приемов, направленных на устранение свища. Продемонстрировано, что пузырно-кишечный желчный свищ может быть устранен в ходе лапароскопической холецистэктомии при дополнении ее на завершающем этапе минолапаротомным доступом в правом подреберье, используемым для извлечения пузыря, обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, без существенного повышения травматичности операции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, пузырно-кишечный желчный свищ

Лапароскопическая холецистэктомия выгодно отличается низкой травматичностью, однако требует тщательного дооперационного обследования больного с целью предельной верификации диагноза и установления факта наличия осложнений желчекаменной болезни, которые оказывают влияние на изменение техники, объема, продолжительности данного оперативного вмешательства, и вообще, определяют возможность его выполнения с учетом технического обеспечения клиники. Такое осложнение желчекаменной болезни как пузырно-кишечные желчные свищи довольно редко встречаются в клинической практике, их частота составляет 0,3-5% среди всех оперативных вмешательств на желчных путях [4]. Дооперационная диагностика их составляет определенную проблему так, как требует выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), дуоденографии (ДГ) или ирригографии (ИГ), отличающихся инвазивностью и высокой стоимостью. По этой причине основная масса данной патологии диагностируется в процессе лапароскопической холецистэктомии во время мобилизации желчного пузыря из перипузырных адгезивных образований, и ставит перед хирургом дилемму – продолжать лапароскопическую холецистэктомию или осуществлять переход на лапаротомный доступ. До настоящего времени не найден однозначный ответ на вопрос о необходимости перехода к лапаротомии

после субоперационной диагностики внутреннего желчного свища между желчным пузырем и просветом кишки [1-4].

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопической холецистэктомии расширяется перечень показаний для ее выполнения при различных вариантах осложненных форм течения желчекаменной болезни. Поэтому, наличие пузырно-кишечного желчного свища, осложнившего течение желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Однако, в отношении дооперационной и субоперационной диагностики указанного осложнения не принято окончательного решения. Не решен вопрос об изменении техники лапароскопической холецистэктомии при выявлении пузырно-кишечного свища, а также показаниях к возможной конверсии [1, 3].

Важной проблемой, требующей разрешения, является дооперационная диагностика пузырно-кишечного желчного свища. Решение ее может быть достигнуто путем выявления при скрининговом УЗС характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих внутреннему пузырно-кишечному желчному свищу, и на основании этого определение показаний к выполнению ЭРХПГ, ДГ или ИГ. Другим вопросом, требующим разрешения, является изменение техники лапароскопической холецистэктомии при возникшей

необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на кишечной стенке, несущей свищ, с целью его закрытия в случаях, когда отсутствует техника лапароскопического кишечного шва (что является стандартной ситуацией в условиях общехирургической клиники) [1, 3].

Целью исследования явилась оценка возможности дооперационной ультразвуковой диагностики пузырно-кишечного желчного свища, определение адекватного объема и последовательности выполнения отдельных этапов оперативного вмешательства при лапароскопической холецистэктомии в случае хронического калькулезного холецистита, осложненного пузырно-кишечным желчным свищем.

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» номер регистрации 0100U005308.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 4 пациентов, у которых течение хронического калькулезного холецистита осложнилось пузырно-кишечным желчным свищем. Все пациенты женского пола, по возрастным показателям находились в пределах от 55 до 73 лет. Избыточная масса тела не присутствовала. Исходя из анамнестических данных, у пациентов в прошлом отсутствовали симптомы механической желтухи, гектической лихорадки с ознобом и острого панкреатита. Клинические проявления хронического холецистита с ультразвуковой верификацией, при первично хронической форме течения у всех больных, продолжались до поступления в клинику на протяжении от 4 до 12 лет. Пузырно-дуоденальный свищ имел место в 3 случаях, пузырно-поперечноободочный – в 1 случае.

При УЗС у всех пациентов были выявлены изменения желчного пузыря, разной степени выраженности, характерные для продолжительного воспалительного процесса и определяющие рубцово сморщенный желчный пузырь: утолщение стенки, деформация просвета в форме продолговатого узкого полостного образования по оси пузыря, наличие гиперэхогенных образований с акустической

дорожкой в просвете, изменение внешнего контура пузыря до узкого продольного гиперэхогенного образования. Кроме того, установлено контактное расположение к стенке желчного пузыря кишечной петли. Ширина просвета гепатикохоледоха, свободного от включений, не превышала 8,4 мм, при гиперэхогенных характеристиках стенки. Таким образом, у пациентов отсутствовали симптомы пузырно-кишечного желчного свища (визуализация соустья между просветом желчного пузыря и кишки), что не определяло показаний для проведения ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Стандартная фиброгастроскопия была выполнена всем пациентам, но так как свищевое отверстие находилось в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки оно оказалось недосыгаемым для визуализации.

При лапароскопическом вмешательстве выявлено наличие массивного перипузырного адгезивного процесса. Во время разделения плоскостных сращений наибольшие сложности, из-за выраженной плотности рубцовой ткани, возникли в области локализации свища, в 3 случаях на участке соединения желчного пузыря с нисходящим отделом двенадцатиперстной кишки, в 1 случае на участке соединения дна желчного пузыря с прядью большого сальника, который укрывал стенку поперечно-ободочной кишки. После отделения желчного пузыря в упомянутых участках, открылся просвет кишки, что было диагностировано по пролабированию слизистой оболочки. Размер дефекта кишечной стенки находился в пределах от 3 до 10 мм. Кишечные края были захвачены и сведены манипулятором с последующей временной фиксацией в таком положении наложением от 2 до 5 клипс. Выполнена холецистэктомия с раздельным клипированием пузырного протока и артерии. Желчный пузырь был рубцово сморщенным, представлен в виде плотного соединительнотканного образования с максимальным размером от 6 до 11 см, просвет пузыря соответствовал размерам заполнявших его конкрементов в количестве от 1 до 4, при максимальных их размерах от 17 до 25 мм. В правом подреберье над свищом выполнен доступ в брюшную полость длиной 5 см. Удален из брюшной полости желчный пузырь. Захвачена манипулятором и подведена к ране кишечная петля, несущая свищ. Иссечение свища в пределах не измененной кишечной стенки с последующим ушиванием образовавшегося дефекта размерами от 15 до 30 мм двухрядным швом

двенадцатиперстной кишки и трехрядным швом поперечноободочной кишки, в поперечном направлении к продольной оси кишки. Дренирование подпеченочного пространства и ушивание ран. Продолжительность оперативного вмешательства находилась в пределах от 95 до 110 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационное течение проходило без осложнений. Перистальтика кишечника, по аускультативной оценке, восстанавливалась в первые послеоперационные сутки. Послеоперационный период у анализируемой группы больных отличался от стандартной лапароскопической холецистэктомии несколько более щадящим режимом питания и физическим режимом. Питание начинали с третьих суток. Вставать с постели и ходить больные начинали со вторых послеоперационных суток, что соответствовало срокам перевода из палаты интенсивной терапии, где они задерживались под наблюдением на сутки больше обычного. С первых послеоперационных суток не использовали наркотические обезболивающие средства, заменив их анальгетиками. Дренаж подпеченочного пространства удаляли на 4 сутки. Выписка из стационара осуществлялась на 6 послеоперационные сутки.

Таким образом, дополнение техники стандартной лапароскопической холецистэктомии при диагностировании пузырно-кишечного свища, минилапаротомией с целью обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, позволило сохранить малотравматичность вмешательства, что прослеживается при анализе течения послеоперационного периода и сроков выписки пациентов из стационара.

Внутренние свищи желчного пузыря с полыми органами представлены чаще в виде пузырно-дуоденальных фистул (70-80%) [4] т.к. анатомически существует зона контакта указанных органов, что само по себе делает естественным образование адгезивного процесса в этом месте при развитии хронического воспаления в стенке желчного пузыря. Пузырно-поперечноободочные свищи возникают значительно реже (12-22%) [4] так, как поперечно-ободочная кишка, в силу некоторого удаления от пузыря, не всегда принимает участие в образовании перипузырного инфильтрата. Формирование свища предусматривает собой длительный многоэтапный процесс,

обусловленный прогрессирующим хроническим воспалением в стенке желчного пузыря при наличии в просвете конкрементов, образующих пролежень в зоне пузырно-кишечной адгезии. Как правило, сформировавшийся свищ сопровождается миграцией желчного конкремента в просвет кишки, что может привести, при значительных размерах камня, к острой обтурационной желчно-каменной кишечной непроходимости [3]. В большинстве же случаев острая хирургическая патология, как правило, не осложняет процесс формирования и функционирования свища, поэтому он не имеет характерных клинических симптомов несмотря на систематическое восходящее инфицирование желчевыводящей системы из кишечного просвета, особенно при соединении с ободочной кишкой [2,4]. Но хроническое рецидивирующее течение холецистита как и холангита не является исключительной характеристикой пузырно-кишечного свища. Поэтому, дооперационная диагностика пузырно-кишечного свища основывается на данных полученных при дополнительных методах исследования: УЗИ, ЭРХПГ, ДГ, ИГ. К ультразвуковым симптомам пузырно-кишечного свища относится визуализация соустья между просветами обоих органов, что удается получить достаточно редко. Косвенные ультразвуковые признаки проявляются в виде рубцово измененного желчного пузыря, принявшего форму толстостенной трубчатой структуры к которой подтянута кишка. Наиболее информативным в дооперационном обследовании является прямое контрастирование свищевого хода получаемое при ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Однако, эти методы обследования являются инвазивными и отличаются относительно высокой стоимостью, что не позволяет использовать их в диагностической программе холецистита как скриннинговые.

Таким образом, выход из сложившейся ситуации находится в отборе больных для проведения указанных исследований по непрямым клиническим и ультразвуковым симптомам. Все же, встречаются случаи, когда даже прямое контрастирование не позволяет получить изображение существующего свища, при его обтурации, узком извитом канале, нарушении проходимости пузырного протока, облитерации просвета желчного пузыря. Эти случаи, как правило, диагностируются субоперационно, но могут остаться незамеченными и привести к развитию послеоперационного перфоративного или

калового перитонита.

При діагностуванні свища, виникає проблема в стосунку зміни ходу лапароскопічної холецистектомії або більше того, можливості виконання холецистектомії лапароскопічним доступом тому, що необхідна для обробки кишкової стінки техніка лапароскопічного кишкового шва, не входить в стандартну лапароскопічну холецистектомію і тому, не може бути виконана в більшин-

стві клінік. В таких випадках вимагається конверсія на лапаротомний доступ для успішного завершення оперативного втручання, при такому іході втрачається перевага лапароскопічної холецистектомії в малотравматичності. Виконання етапу обробки і ушивання кишкової стінки, несущої свищ, з мінілапаротомного доступу, виконаного в проекції свища, дозволяє провести оперативне втручання максимально безпечно при мінімальній можливій травматичності в складній ситуації.

ВИВОДИ

1. Ультразвукові симптоми рубцевої сморщеної жовчної бульбашки прилеглої до кишкової петлі відзначені в випадках хронічного калькульозного холециститу, ускладненого бульбашково-кишковим жовчним свищем.
2. Лапароскопічна холецистектомія

може бути виконана при наявності бульбашково-кишкового жовчного свища, ускладненого теченням хронічного калькульозного холециститу з доповненням мінілапаротомного доступу для обробки і ушивання кишкової стінки, несущої свищ, з метою забезпечення безпеки оперативного втручання і збереження мінімально можливої травматичності в складній ситуації.

3. Найбільш раціональним варіантом оперативного втручання у хворих з хронічним калькульозним холециститом ускладненим бульбашково-кишковим жовчним свищем може бути лапароскопічна холецистектомія з розділенням бульбашково-кишкового соустя і тимчасовим закриттям дефекта кишкової стінки кліпированням, а потім вилучення жовчної бульбашки з брюшної порожнини і обробка кишкової стінки несущої свищ з її ушиванням, через мінілапаротомний доступ, виконаний в проекції свища.

Перспективи подальших досліджень в цій області включають можливість ультразвукової діагностики бульбашково-кишкових жовчних свищів, як скринінгового методу обстеження пацієнтів, і технічного удосконалення етапів їх лапароскопічної корекції.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров К.Р., Феденко В.В., Долина Е.В., и др. // Endoscopic surgery. - 1996. - № 2. - С. 21-22.
2. Нидерле Б. // Хирургия желчных путей. Авиценум. Прага. - 1982. - С. 187.
3. Ханурин С.Н., Гаттаров И.Х., Нурмухаметов А.А., и др. // Хирургия. - 2002. - № 4. - С. 57-60.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., и др. // Хирургия печени и желчевыводящих путей. - 1993. - С. 247-248.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ МІХУРОВО-КИШКОВОЮ ЖОВЧНОЮ НОРИЦЕЮ

Є.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, О.С. Шаповалов

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

РЕЗЮМЕ

Проведено аналіз лікування 4 хворих з хронічним калькульозним холециститом, ускладненим міхурово-кишковою жовчною норицею. Міхурово-дуоденальна нориця зустрілась у 3 пацієнтів, міхурово-товстокишкова – у одного. Відзначено, що доопераційна діагностика міхурово-кишкових жовчних нориць у хворих на хронічний калькульозний холецистит складний процес, котрий потребує збільшення обсягу обстеження за рахунок інвазивних коштовних методів, які не завжди можливо використати. Наявність нориці було діагностовано в ході лапароскопічної холецистектомії, що примусило змінити перебіг оперативного втручання за рахунок технічних прийомів, спрямованих на усунення нориці. Продемонстровано, що міхурово-кишкова жовчна нориця може бути усунена під час виконання лапароскопічної холецистектомії за рахунок доповнення її на заключному етапі

мінілапаротомним доступом в правому підребер'ї, використаним для видалення міхура з черевної порожнини, висічення нориці та зашивання кишкової стінки, без суттєвого підвищення травматичності оперативного втручання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічний калькульозний холецистит, лапароскопічна холецистектомія, міхурово-кишкова жовчна нориця

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS WHICH IS COMPLICATED BY GALLSTONE-INTESTINAL BILE FISTULA

E.D. Khvorostov, Yu.B. Zakharchenko, A.S. Shapovalov
V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

SUMMARY

The analysis of 4 patients with chronic calculous cholecystitis in combination with gallstone-intestinal bile fistula treatment was carried out. 3 patients had gallstone-duodenal bile fistula, 1 patient had gallstone-transverse-colon bile fistula. The diagnostics of gallstone-intestinal bile fistula in patients with chronic calculous cholecystitis is difficult and required wide investigation using expensive invasive methods. Fistula was diagnostic in the time laparoscopic cholecystectomy. The current of operative intervention was changed. Technical methods were used for the fistula removal. Gallstone-intestinal bile fistula may be removed in the time laparoscopic cholecystectomy using minilaparotomy in right subcostal area for extraction of gallbladder and suture intestinal wall without considerable trauma increase due to operation.

KEY WORDS: chronic calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, gallstone-intestinal bile fistula