

Возможности и особенности лапароскопической холецистэктомии при описторхозе

Н. В. Мерзликин
И. Ю. Клиновицкий
В. И. Барабан
М. В. Толкаева
Кафедра хирургических
болезней № 2 (зав. -
проф. Б.И. Альперович)
Сибирского
государственного
медицинского
университет, Томск

В работе анализированы результаты 94 лапароскопических холецистэктомии у больных описторхозом, что составило 47% от общего числа операций. Осложнения наблюдали у 3 больных (3.19%), причем они непосредственно связаны с проявлениями описторхозной инвазии. В статье обоснованы показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии у больных гельминтозом, освещены вопросы ультразвуковой диагностики описторхоза и его осложнений. Приведено редкое наблюдение случая хилезного перитонита как осложнения после лапароскопической холецистэктомии у больной с сочетанием желчнокаменной болезни и описторхоза.

Possibilities and Peculiarities of Laparoscopic Cholecystectomy in Opisthorchiasis

N. V. Merzlikin
I. Yu. Klinovitsky
V. I. Barahash
M. V. Tolkeyeva
Surgical Diseases
Department №2
(Director-- Prof. B.I.
Alperovich) Siberian
State Medical
University, Tomsk

The work analyzes outcomes of 94 laparoscopic cholecystectomies in patients with opisthorchiasis, which amounted to 47 percent of the total number of the operations performed. Complications were observed in three patients (3.19 percent) and were directly connected with manifestations of the opisthorchious invasion. The authors substantiate indications for and contraindications to laparoscopic cholecystectomy in patients with helminthiasis, highlighting problems related to ultrasonic diagnosis of opisthorchiasis and complications thereof. They also cite a rare case report of chylous peritonitis as a complication alter laparoscopic cholecystectomy in a female patient with cholelithiasis combined with opisthorchiasis.

Бурное развитие научно-технического прогресса, в первую очередь в области волоконной оптики и видеоэлектроники, привело к появлению практически нового направления в медицине - лапароскопической хирургии, что стало поистине переворотом в традиционно сложившейся хирургической практике. Наиболее отчетливо это проявилось в хирургии желчных путей. За 10 с небольшим лет методика лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) завоевала операционные всего мира и стала повседневной реальностью не только в условиях специализированных центров, но и во многих городских и районных больницах. По мере накопления опыта происходит уточнение показаний и противопоказаний к выполнению ЛХЭ (в основном, в сторону расширения показаний), особенностей техники и тактики, анализ ошибок и осложнений. Вместе с тем, в литературе еще недостаточно освещены некоторые особые разделы хирургии желчных путей, в частности возможности и особенности ЛХЭ при описторхозе.

Описторхоз является природно-очаговым заболеванием, возникающим при попадании в пищеварительный тракт личинок трематоды - т.н. сибирской, или "кошачьей", двуустки - *opisthorchis felineus*. Заражение происходит при поедании пораженной гельминтом пресноводной рыбы семейства карповых. Наиболее крупным природным очагом описторхоза в мире является Обь-Иртышский бассейн. Кроме этого, очаги инвазии существуют в бассейне Волги, Днепра, на территории многих европейских государств: Польни. Германии, Франции и ряда других. В Юго-Восточной Азии распространено заболевание, вызываемое родственным сибирской двуустке гельминтом - клонорхоз. В организме человека личинка превращается в половозрелую особь и паразитирует во внутри- и внепеченочных протоках, желчном пузыре (признается не всеми исследователями), а также протоках поджелудочной железы, вызывая ряд патологических изменений, которые зачастую либо сами по себе требуют хирургической коррекции, либо являются

фоновыми для других заболеваний, чаще всего - ЖКБ. Характерным для описторхоза является хронический пролиферативный холангит с исходом в стеноз протоков (вплоть до полной облитерации) в местах физиологических сужений гепатикохоледоха (ретродуоденальная часть общего желчного протока, область большого дуоденального сосочка и пузырного протока). Это накладывает определенный отпечаток на течение заболевания (относительно частое развитие острого обтурационного холецистита, водянки и эмпиемы желчного пузыря, стриктуры протока, механической желтухи), хирургическую тактику и технику выполнения оперативных вмешательств. Развивающаяся при описторхозе желчная гипертензия зачастую приводит после операции к обильному и длительному желчеистечению по дренажам или из ложа желчного пузыря. Более того, ряд исследователей вообще высказываются за ограничение хирургической активности при описторхозе. Наша клиника, имея большой опыт в этом разделе хирургии, последовательно высказывается за активную хирургическую тактику.

Материал и методы

С 23.04.95 по 25.06.98 в клинике хирургических болезней № 2 СГМУ Томска выполнено 200 ЛХЭ, из них 94 (47%) - у больных с описторхозной инвазией. Показанием к операции являлось, как правило, сочетание описторхоза с ЖКБ, реже - полипом желчного пузыря. Диагноз описторхоза ставился на основании анамнеза, обнаружения яиц гельминта в кале и дуоденальном содержимом (прямые методы определения), а также характерной ультразвуковой картины. Следует подчеркнуть, что даже в случае использования прямых методов определения описторхоза требуется их неоднократное повторение для подтверждения диагноза. (Даже исследование желчи из дренажа холедоха у больных с описторхозной инвазией не всегда позволяет сразу обнаружить описторхоз.) Следует учитывать и то обстоятельство, что лабораторные методы исследования, выявляя описторхозную инвазию, не позволяют определить объем и характер поражения печени, установить наличие осложнений. В этой ситуации наиболее доступным, информативным и в то же время неинвазивным, необременительным для больного методом диагностики является УЗИ. Исследования, проведенные в нашей клинике, позволили выделить ряд ультразвуковых признаков, характерных для хронического описторхоза. Причем степень выраженности этих изменений зависит от интенсивности и длительности инвазии.

К характерным для описторхозной инвазии ультразвуковым признакам поражения печени относятся локальные расширения мелких внутриспеченочных желчных протоков (преимущественно в левой доле - холангиоэктазы). Показано, что стенки протоков неравномерно утолщены, уплотнены, контуры их местами нечеткие за счет перидуктальных фиброзных и фиброзно-инфильтративных изменений. К дополнительным эхоскопическим признакам относятся также повышение эхогенности перипортальной ткани по ходу основных сосудов воротной системы и увеличение регионарных лимфатических узлов в области ворот печени и по ходу гепатодуоденальной связки. Желчный пузырь при описторхозе чаще увеличен в размерах (диаметр более 4 см), стенки его тонкие, плотные: в полости, помимо конкрементов, определяется большое количество осадочных структур в виде крупных хлопьев, взвеси, замазкообразной желчи (описторхозный детрит). В ряде случаев желчный пузырь деформирован, стенки его утолщены, сливаются с окружающими тканями за счет перивезикального спаечного процесса.

При планировании ЛХЭ у больных описторхозом ультразвуковое исследование призвано ответить, прежде всего, на следующие вопросы:

1. Имеются ли в печени холангиоэктазы, т.к. в ряде случаев стенки расширенных внутриспеченочных протоков интимно сращены со стенкой желчного пузыря, что может привести к желчеистечению во время операции и в послеоперационном периоде.

2. Имеется ли стриктура терминального отдела холедоха? Так, расширение общего желчного протока более 8 мм у больных описторхозом (при отсутствии в его просвете конкрементов) позволяет предположить наличие стриктуры ТОХ, которую, как правило, трудно ликвидировать с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии.

3. Имеются ли осложненные формы описторхозного поражения печени (кисты, абсцессы)? Необходимо установить их локализацию и взаимоотношение с желчным пузырем и крупными желчными протоками.

В ходе УЗИ у больных описторхозной инвазией необходимо:

1. Оценить форму, размеры, состояние стенок и характер содержимого желчного пузыря, наличие возможного перивезикального спаечного процесса.

2. Оценить состояние перихоледохеальных лимфатических узлов, которые при описторхозе увеличиваются до 1.5-2.5 см (что создает дополнительные трудности при выполнении ЛХЭ).

Следует подчеркнуть, что детальное УЗИ позволяет своевременно выявить осложнения хронического описторхоза, которые могут повлиять на успех оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение

Противопоказаниями к выполнению ЛХЭ, кроме общепризнанных (нарушения свертывающей системы кроки, распространенный перитонит, поздние сроки беременности, воспалительные заболевания передней брюшной стенки и т.д.) мы считаем:

1) массивную гельминтную инвазию с клиническими проявлениями:

2) острую фазу описторхоза, сопровождающуюся клиникой острого аллергоза (повышенная температура тела, кожные высыпания, зуд, выраженная эозинофилия - 10-25%, резкое повышение активности аминотрансфераз и др.):

3) наличие осложнений, которые могут потребовать расширения объема вмешательства. К таким осложнениям относятся отмечавшиеся в анамнезе желтухи, холедохохолангиозктазия, подтвержденная при УЗИ и РХПГ. (В этом случае предпочтение отдается традиционной, "открытой", методике, учитывая абсолютные показания к интраоперационной холангиографии и внутреннему дренированию желчевыводящих путей.) Расширение вмешательства потребует и протяженная стриктура дистального отдела холедоха описторхозного генеза, которая не может быть ликвидирована эндоскопической папиллосфинктеротомией:

4) мелкие кисты внутрипеченочных желчных протоков в области ложа желчного пузыря.

По вышеуказанным причинам ряду больных было отказано в ЛХЭ.

Для проведения операций пользовались установкой фирмы "Эндо медиум", г. Казань.

Доступ в брюшную полость осуществлялся через 4 типичные точки. Из особенностей интраоперационных ситуаций, оказывающих влияние на технику выполнения операций, следует отметить следующие:

1) у больных с описторхозной инвазией желчный пузырь, как правило, значительно увеличен (до 500 мл), что затрудняет выполнение ЛХЭ;

2) имеющийся довольно часто выраженный спаечный процесс (за счет развития перихолецистита) в области шейки пузыря (треугольник Кало) затрудняет препаровку и визуализацию трубчатых структур, что увеличивает риск кровотечения и повреждения холедоха;

3) характерный для описторхоза перихоледохеальный лимфаденит также создает дополнительные трудности при выделении пузырных протока и артерии. Ранение же увеличенных лимфоузлов (при наличии лимфатической гипертензии) создает опасность лимфоистечения в брюшную полость. Нами наблюдался 1 случай хилезного перитонита после ЛХЭ. Приводим наблюдение.

Больная Р., 61 года, оперирована по поводу сочетания ЖКБ и описторхоза. Выполнена типичная ЛХЭ. На операции отмечался довольно выраженный перихоледохеальный лимфаденит. В послеоперационном периоде из подпеченочного пространства по дренажу выделялось до 150—300 мл в сутки прозрачной опалесцирующей жидкости. На 10-е сутки после операции дренаж перестал функционировать, у пациентки появились признаки перитонита. При лапаротомии выявлено подтекание лимфы из травмированного на операции лимфоузла по ходу холедоха. Выполнено его прошивание, промывание и дренирование брюшной полости. Выздоровление;

4) выраженный склеротический процесс между нижней поверхностью печени и желчным пузырем (из-за чего возникают трудности при выделении пузыря из ложа и требуется дополнительная коагуляция для предотвращения крово- и желчеистечения);

5) облитерированный, малоэластичный, имеющий большой наружный диаметр пузырный проток требует в обязательном порядке клипирования большими (8 мм) клипсами.

Операция заканчивается дренированием брюшной полости подведением силиконовой трубки к ложу желчного пузыря. Больные выписываются на 4—5 сутки. В послеоперационном периоде через 3 месяца рекомендуется проведение дегельминтизации.

Из 94 больных у 3 (3.19%) отмечены осложнения, потребовавшие лапаротомии: повреждение холедоха, желчеистечение из ложа желчного пузыря, хилезный перитонит. Все больные поправились.

Таким образом, наличие фонового описторхоза не является противопоказанием к ЛХЭ. Необходимо лишь отбор больных с учетом всех имеющихся клинических, лабораторных и инструментальных данных, а также готовность хирурга встретиться с дополнительными техническими трудностями. Применение лапароскопической техники позволяет снизить травматичность операции, и, как следствие, значительно уменьшить длительность нахождения больного в стационаре. Дегельминтизация, учитывая наличие в настоящее время высокоэффективных антипаразитарных средств (празиквантель, билтрицид), может быть осуществлена в отдаленном (через 3 месяца) послеоперационном периоде.