

БЕЗОПАСНАЯ ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**В.И. МАЛЯРЧУК, В.П. РУСАНОВ, А.Е. КЛИМОВ, Р.В. ТЕДОРАДЗЕ**

Кафедра хирургии РУДН, 117198 Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8

В статье авторы описывают оригинальную технику лапароскопической холецистэктомии, которая позволила практически полностью избежать опасных осложнений, а частота конверсии при соблюдении данной техники оперирования на 1848 лапароскопических холецистэктомий составила 0,38%.

Широкое внедрение малоинвазивных технологий в хирургию калькулёзного холецистита вынуждает хирургов заново пересмотреть технические аспекты операции "холецистэктомия". Отдавая должное роли качества используемой при этой операции аппаратуры и инструментария, всё же главную роль в профилактике осложнений мы отводим разработке техники удаления желчного пузыря с учётом специфических условий выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Разработка безопасной техники выполнения лапароскопической холецистэктомии проводилась на кафедре хирургии РУДН под руководством и непосредственном участии проф. Лапкина К.В. начиная с 1992 года. Особенностью лапароскопической холецистэктомии является то, что в случае возникновения ятрогенных осложнений во время операции возможности их коррекции малоинвазивными методами более ограничены и не всегда соответствуют, по нашему мнению, принципам и требованиям, предъявляемым к реконструктивным операциям, выполняемым в случае возникновения осложнений, что, в свою очередь, будет приводить к увеличению частоты конверсии.

Осложнения, возникающие при удалении желчного пузыря, общеизвестны и являются общими как для холецистэктомии, выполненной из лапаротомного доступа, так и для лапароскопической холецистэктомии (ятрогенное разной степени выраженности повреждение внепеченочных желчных протоков, кровотечения, перфорации полых органов). Отличием же лапароскопических операций является имеющийся риск возникновения электротравмы. При этом электротравма анатомических образований этой зоны может вызвать вышеперечисленные осложнения непосредственно как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде в результате коагуляционного некроза.

Все вышеперечисленные обстоятельства заставляют хирургов предъявлять особые требования к лапароскопической технике холецистэктомии.

Главными и основными факторами, влияющими на технику любого хирургического вмешательства, в том числе и лапароскопического, являются особенности вариантной анатомии этой зоны, а также её изменения, вызванные патологическим процессом.

Характерная особенность лапароскопической холецистэктомии заключается также в том, что во время препаровки зоны операции хирург видит не весь орган, а его отдельные участки, при этом структура тканей и изображение анатомических элементов представлены в многократном увеличении. Особенность технологии препаровки тканей эндонструментами при лапароскопическом вмешательстве заключается в том, что ткани пересекаются малыми порциями, при этом даже незначительное кровотечение ухудшает анатомическую ориентацию хирурга.

Исходя из вышеперечисленных факторов, влияющих на технические приёмы лапароскопической холецистэктомии, и была разработана предлагаемая техника лапароскопической холецистэктомии, основные постулаты которой заключаются в следующем:

- удаление желчного пузыря должно осуществляться по возможности строго субсерозно (исключение составляют случаи с выраженными воспалительно - инфильтративными изменениями стенки желчного пузыря) с первоначальным выходом на заднюю стенку в области шейки желчного пузыря и несколько выше. Выход сразу на пузырный проток следует считать ошибкой;

- определение в процессе препаровки типа ветвления и топографии ветвей пузырной артерии с последующей их коагуляцией. Поиск ствола пузырной артерии, её клипирование и пересечение, по данным нашей клиники, следует считать ошибочным и лишённым смысла в подавляющем большинстве случаев;

- с целью предупреждения проникновения в паренхиму печени клетчатка стенки желчного пузыря должна смещаться книзу, а не в сторону печеночного ложа пузыря, с последующим выходом по задней стенке пузыря на пузырно протоковый переход;
- определение особенностей шейки, пузырного протока (конфигурация, протяженность, содержимое) путём полной и тщательной препаровки этих отделов;
- чёткая ориентация, до клипирования, в особенностях впадения пузырного протока в общий желчный проток;
- профилактика электротравмы путём использования различных режимов коагуляции и резания.

Лапароскопическая холецистэктомия с использованием рекомендуемой эндохирургической техники начинается с соединяющихся разрезов брюшины по боковым стенкам желчного пузыря от шейки или кармана Гартмана вверх без выхода на магистральные сосуды и протоки. Над верхней границей треугольника Кало выделяется стенка желчного пузыря, затем формируется "окно" позади шейки, нижней трети тела желчного пузыря и пузырно-протокового перехода, книзу выделяется передняя стенка шейки и пузырно-протокового перехода, при этом основной ствол пузырной артерии не выделяется, клипирования её в большинстве случаев не выполняется, а коагулируются и пересекаются её ветви. В дальнейшем, ориентируясь на заднюю стенку шейки, осуществляется окончательная препаровка пузырно-протокового перехода и собственно пузырного протока с определением его анатомических особенностей. После клипирования пузырный проток пересекается ножницами, при этом нельзя использовать коагуляцию, так как контакт с клипсой, лежащей на протоке, может вызвать коагуляционный некроз культы пузырного протока с последующей несостоятельностью культы в послеоперационном периоде. Выделение желчного пузыря из ложа должно осуществляться с четкой ориентацией на его стенку.

Преимущества описанной техники состоят в следующем: хирург работает только с ветвями пузырной артерии; всегда контролируются анатомические особенности пузырного протока, его взаимоотношение с гепатикохоледохом; оперирующий хирург в большей степени застрахован от осложнений, связанных с вариантной анатомией; использование режимов поверхностной коагуляции позволяет проводить операцию практически в "сухих" условиях.

В клиниках кафедры хирургии РУДН (ГКБ № 64 г. Москва и больница МО РАН в г. Троицке) за период с 1992 по 1999 г. лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 1980 больных.

Широко применяемая в классической хирургии техника с первоначальным выделением пузырного протока и ствола пузырной артерии применялась в клинике с 1992 по 1993 год. За этот период на 132 лапароскопические холецистэктомии количество опасных осложнений составило 5 (3,8%), а частота конверсий - 10 (7,6%). Разработанная на кафедре хирургии РУДН техника лапароскопической холецистэктомии применяется в клинике с 1994 года и по настоящее время. За период 1994 - 1999 год на 1848 лапароскопических холецистэктомий, выполненных с использованием предлагаемой эндохирургической техники, количество опасных осложнений и частота конверсии составили соответственно 0(0%) и 7 (0,38%).

Полученные результаты позволяют считать разработанную на кафедре хирургии РУДН технику лапароскопической холецистэктомии достаточно безопасной, что позволяет рекомендовать её к широкому клиническому применению.

NONDANGEROUS TECHNIQUE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.I. MALIARCHUK, V.P. RUSANOV, A.E. KLIMOV, R.V. TEODORADZE

Department of surgery RPFU. 117198 Moscow, Miklukho-Maklaya st., 8

Authors describe original technique of laparoscopic cholecystectomy allowing to avoid dangerous complications. Frequency of conversion when following described technique was 0.38% of total 1848 fulfilled laparoscopic cholecystectomies.