

ЭТАПНАЯ ТАКТИКА МИНИ-ИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
клиническая больница СМП, г. Краснодар,
350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79882446875. E-mail: val_ku@mail.ru*

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 2467 пациентов с острым холециститом. Преобладали женщины, возраст оперированных пациентов от 17 до 94 лет. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась при остром холецистите в первые 72 часа от начала заболевания. Всем больным применялась этапная лечебная тактика с использованием мини-инвазивных технологий. Конверсия наблюдалась в 11 (0,4%) случаях, общая летальность – 1,1%. Делается вывод, что на современном этапе развития эндхирургии лапароскопическая холецистэктомия с применением этапной тактики является операцией выбора у больных с острым холециститом.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, холедохолитиаз, острый панкреатит.

V. A. KULISH, S. V. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, A. Ja. KOROVIN

LANDMARK TACTICS MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +79882446875. E-mail: val_ku@mail.ru*

Laparoscopic cholecystectomy was conducted in 2467 patients with acute cholecystitis. The majority were females, the age of the patients varies from 17 up to 94. We applied for the whole group of cholecystectomy, within the first 72 hours from the beginning of the cases. All complications were managed by minimally invasive technologies. A conversion observed in 11 (0.4%) cases, mortality stands at 1.1%. With this we can make a conclusion that at this modern stage of endosurgery a laparoscopic surgery becomes a treatment of choice for management of an acute cholecystitis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, choledocholithiasis, acute pancreatitis.

Введение

Острый осложненный холецистит остается основной проблемой в лечении больных с желчно-каменной болезнью (ЖКБ). Большинство больных с данной патологией находятся в пожилом и старческом возрасте, когда помимо основного заболевания нередко имеются сопутствующие. Механическая желтуха, гнойный холангит и острый панкреатит усугубляют тяжесть их общего состояния. Мультифокальная соматическая патология существенно ограничивает прогресс хирургической тактики и лечения деструктивного холецистита у этой категории больных. У большей части больных пожилого и старческого возраста наблюдается несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря, даже развитие перипузырных гнойных осложнений и перитонита протекает асимптомно [2, 3, 4, 5]. Наряду с обоснованным патогенетическим представлением об инициальном существовании острого обтурационного калькулезного холецистита как пускового механизма развития деструктивного холецистита особое значение отводится «сосудистому фактору», когда развитие деструкции в стенке желчного пузыря происходит без присутствия желчно-каменной болезни. В этих случаях клиничко-сонографическая картина деструктивного холецистита не оставляет времени и места для обсуждения метода лечения – операция становится безальтернативной [1, 2, 3, 4, 5, 6]. С учетом факта, что у 80–85% пациентов этой категории операционно-анестезиологический риск по ASA до-

стигает III–IV степени, обладающим направлением является ультразвуковая диагностика. Вместе с тем декомпрессионные операции при деструктивном холецистите под контролем УЗИ не отвечают требованиям радикальности и более чем в 50% случаев сопровождаются осложнениями. Но эти вмешательства могут рассматриваться в качестве первого этапа мини-инвазивного лечения, позволяющего стабилизировать воспалительный процесс при реальном УЗИ-мониторинге и увеличить диапазон времени для компенсации соматической патологии и принятия решений в конкретной ситуации [4, 5].

При традиционной хирургической тактике уровень послеоперационных осложнений достигает 44%, а при осложненном течении заболевания летальность составляет 20–45,7% [1, 2]. Парадоксально, но лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ), обладая преимуществами перед «открытыми» операциями, некоторыми хирургами до настоящего времени считается противопоказанной при остром холецистите. Это мнение основывается на существовании реальных технических трудностей при выполнении ЛСХЭ при остром холецистите и несовершенстве методологии и технических приемов видеолaparоскопической операции [1, 2, 3, 4, 5].

Существование нерешенных вопросов хирургической тактики, несовершенство эндохирургических технологических приемов, непопулярность мини-инвазивных технологий лечения острого холецистита оставляют проблему лечения острого холецистита актуальной.

Материалы и методы

В Краснодарской БСМП произведено 2467 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) по поводу острого холецистита и его осложнений. Все больные были госпитализированы в стационар в экстренном порядке; из них ранее 24 часов с момента заболевания – 498 (20,2%), позднее 24 часов – 1969 (79,8%). Женщин было 1481, мужчин – 986. Возраст больных – от 17 до 94 лет. До 60 лет – 1258 (51,0%), 60–70 лет – 792 (32,1%), старше 70 лет – 417 (16,9%). Большинство пациентов (78,8%) имели сопутствующую патологию.

Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 970 (39,3%) больных, из них флегмонозный холецистит – у 632 (65,2%), эмпиема желчного пузыря – у 229 (23,6%), гангренозный холецистит – у 109 (11,2%). Осложнения острого холецистита были у 617 (25,0%) больных.

Абсолютным противопоказанием к ЛСХЭ считали разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Всем больным выполнена ЛСХЭ.

Обсуждение и результаты

У больных с послеоперационными рубцами после предшествующих операций в верхних отделах брюшной полости иглу Вереша вводим в точке пересечения левой реберной дуги и наружного края левой прямой мышцы живота, а также в правой и левой пазухах (в зоне минимального развития спаечного процесса – согласно нашему опыту). После наложения карбоксиперитонеума в этой же точке производим троакарную пункцию и вводим лапароскоп для ревизии брюшной полости. Наличие спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости не является противопоказанием к выполнению ЛСХЭ. Из технических особенностей здесь можно отметить более частое применение электроотсоса, биполярного зажима и ножниц для препаровки тканей.

Наличие инфильтрата затрудняет визуализацию анатомических образований. В этих условиях для диссекции элементов треугольника Кало мы использовали гидропрепаровку наконечником электроотсоса. Разделение инфильтрата, особенно в области шейки желчного пузыря, с применением коагуляции является крайне опасным и может использоваться только после визуализации и идентификации анатомических структур. Технической особенностью, используемой при работе с перивезикальным инфильтратом, является принципиальный отказ от клипирования пузырного протока. Инфильтрированные ткани легко режутся клипсами – как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде, что может приводить к развитию нежелательных последствий – желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Поэтому инициально обрабатывался пузырный проток, а после его пересечения на культю протока накладывали по две петли Редера из рассасывающегося шовного материала. Такой подход дает возможность достигнуть надежной окклюзии просвета трубчатых структур. При наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удается разделить «тупым» способом, при грубом изменении топографо-анатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало выполняли ЛСХЭ в лапароскопической модифи-

кации «от дна». При этом желчный пузырь пересекали в области шейки, выделяли из ложа в печени и удаляли желчный пузырь, а затем мобилизовали пузырный проток. В процессе выделения деструктивно измененного желчного пузыря из ложа в печени может возникнуть обильное диффузное кровотечение. В этой ситуации используем аргоноплазменную коагуляцию, а также тампонаду кровоточащей поверхности печени гемостатической губкой. Капиллярное кровотечение в ложе пузыря дополнительно останавливается электрокоагуляцией.

Важным этапом операции при остром холецистите является выполнение рентгенодиагностики патологии внепеченочных желчных протоков. В хирургической среде нет общего мнения, какому исследованию – интраоперационной холангиографии (ИОХГ) или ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) – изначально отдавать предпочтение для выявления сочетанной с острым холециститом патологии внепеченочных желчных протоков. Недостатками ИОХГ считают опасность перфорации общего желчного протока катетером, а также то, что интраоперационное введение катетера через культю пузырного протока крайне длительно и затруднительно – тем самым значительно удлиняется время операции. Дооперационное выполнение РХПГ удлиняет период подготовки пациентов с острым холециститом к операции. Высокая инвазивность исследования в 2,2–5,0% случаев приводит к развитию осложнений, таких как острый панкреатит, острый холангит, панкреонекроз, приводящие к летальному исходу в 0,2–0,3% случаев. Поэтому в повседневной практике отдаем предпочтение выполнению ИОХГ, так как считаем, что исходно необходимо ликвидировать очаг воспаления и санировать брюшную полость. ИОХГ была выполнена у 740 (30,0%) пациентов. Показаниями к выполнению ИОХГ считали механическую желтуху в анамнезе, гипербилирубинемия; гипертрансаминаземия; холедохолитиаз; расширение холедоха свыше 7 мм; по данным УЗИ, признаки желчной гипертензии интраоперационно и расширение пузырного протока свыше 3 мм; наличие мелких (менее 5 мм) конкрементов желчного пузыря; синдром Мириizzi; сложность визуальной идентификации пузырного протока и гепатикохоледоха; выраженные инфильтративные изменения гепатодуоденальной связки; острый холангит; острый и хронический холепанкреатит.

Дренирование холедоха осуществляли по Халтеду – Пиковскому, через культю пузырного протока градуированным катетером Fg 4–7 через просвет контрольного дренажа. Дренаж фиксировали к культе протока атравматичной нитью 4/0, путем прошивания за культю протока с интракорпоральным завязыванием узлов. Контрастирование выполняли водорастворимым контрастом в разведении физиологическим раствором 1:1, что в определенном смысле является профилактикой рефлюкс-панкреатита. Дренирование холедоха и выполнение ИОХГ по отработанной методике занимают 15–20 минут (рис. 1, 2, 3, 4). Нам удалось выполнить ИОХГ по предлагаемой методике в 96,4% показанных случаев. Перфораций катетером общего желчного протока отмечено не было. В послеоперационном периоде, после выполнения контрольной холангиографии, на 8–10-е сутки убрали внутренний дренаж, контрольный дренаж извлекали на 10–11-е сутки.

Лапароскопическая декомпрессия желчевыводящих путей

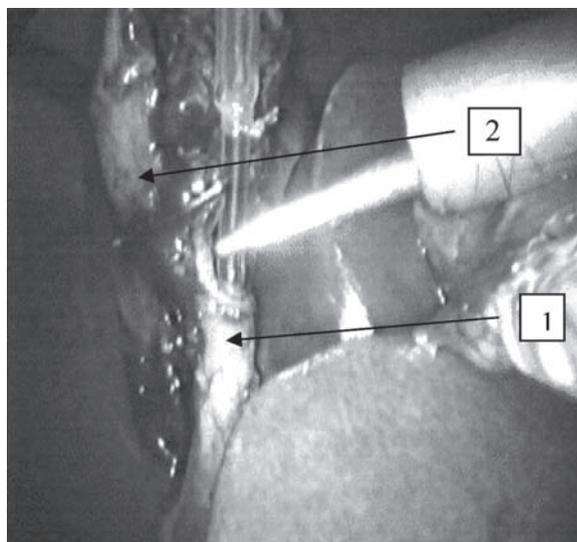


Рис. 1. Этап дренирования холедоха по Холстеду – Пиковскому

Примечание: 1 – дренаж холедоха, введенный через надсеченный пузырный проток;
2 – желчный пузырь.

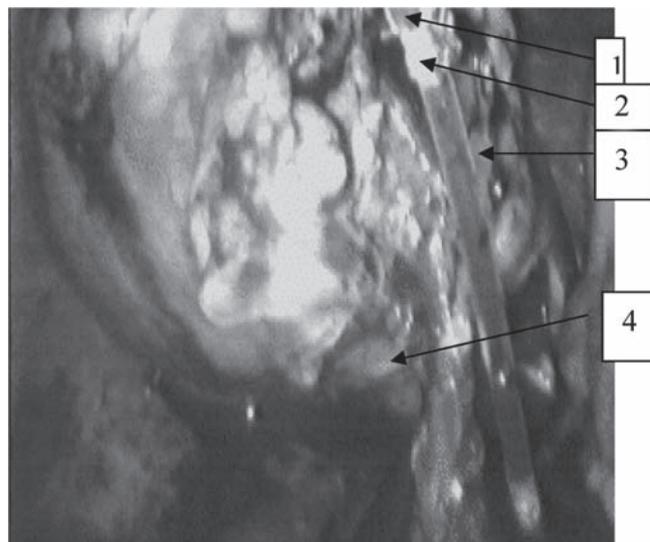


Рис. 2. Этап дренирования холедоха по Холстеду – Пиковскому

Примечание: 1 – «сторож» (трубка диаметром 4 мм);
2 – кетгутовая манжетка;
3 – детский пупочный катетер № 6;
4 – желчный пузырь.

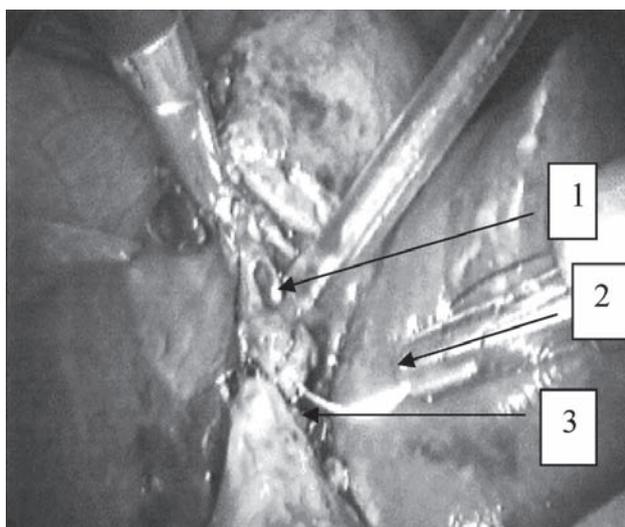


Рис. 3. Этап дренирования холедоха по Холстеду – Пиковскому

Примечание: 1 – дренаж проведен через пузырный проток;
2 – этап прошивания культи пузырного протока;
3 – фиксирующая лигатура на уровне манжетки дренажа.

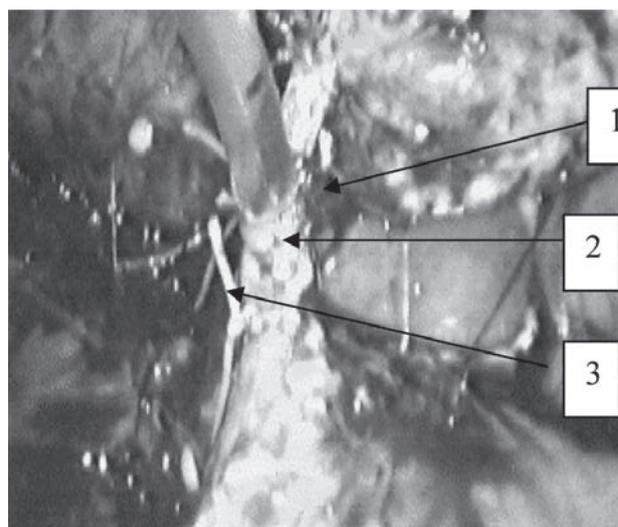


Рис. 4. Этап дренирования холедоха по Холстеду – Пиковскому

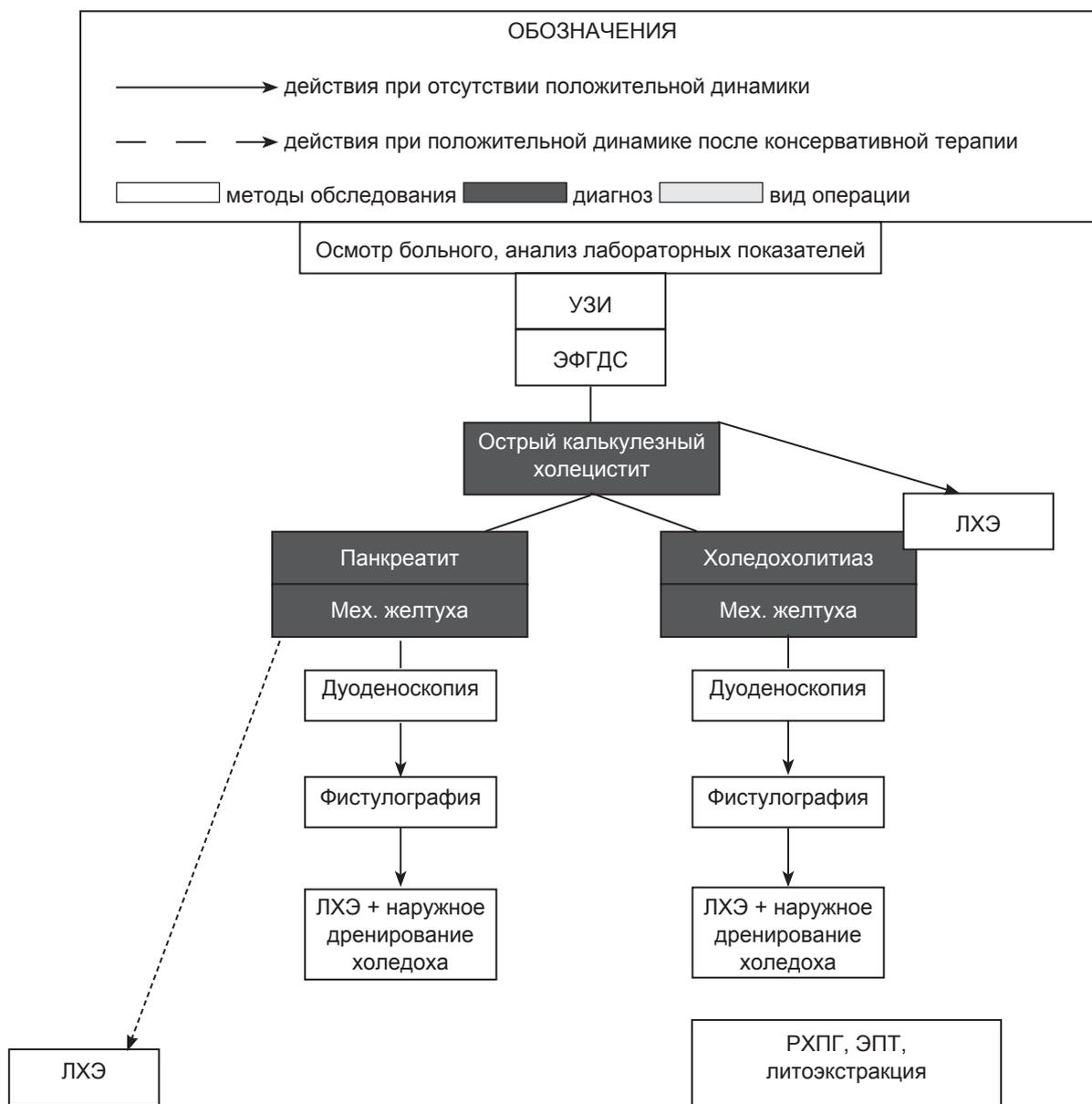
Примечание: 1 – «сторож» подшит к краю культи пузырного протока;
2 – культя пузырного протока;
3 – фиксирующая лигатура на уровне манжетки дренажа.

При выполнении ИОХГ были получены следующие результаты. Холедохолитиаз был диагностирован у 400 (16,2%) пациентов, причем бессимптомный – у 49 (2,0%). Стриктуры терминального отдела холедоха и папиллостеноз отмечены у 180 (7,3%) больных, бессимптомные – у 111 (4,5%). Сочетание холедохолитиаза и стриктур холедоха отмечено у 37 (1,5%) пациентов.

При диагностике патологии внепеченочных желчных протоков разработан алгоритм действий, который сводится к максимальному использованию мини-инвазивных технологий (схема).

Конверсия наблюдалась в 11 (0,4%) случаях. Основными причинами конверсии явились: наличие непреодолимого плотного инфильтрата в области шейки

Лечебный и диагностический алгоритм у больных с острым холециститом



желчного пузыря, ведущее к грубым нарушениям топографо-анатомических отношений элементов печечно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало, – 4 (0,15%) случая; кровотечение, не останавливаемое эндохирургическими методами, – у 5 (0,2%) пациентов; ятрогенные повреждения холедоха – у 3 (0,1%).

В послеоперационном периоде мы наблюдали осложнения у 94 больных (3,8%): желчеистечение в послеоперационном периоде (наружный желчный свищ) – у 25 (1%) пациентов; нагноение троакарных ран – у 19 (0,7%); абсцессы ложа пузыря – у 21 (0,9%), правосторонний экссудативный плеврит – у 5 (0,2%), ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость – у 2 (0,1%) больных. Общая летальность составила 1,1%. Причины летальности экстраабдоминальные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Видеэндохирургические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. – СПб, 2002. – 416 с.
2. Грубник В. В., Ильашенко В. В., Мельниченко Ю. А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Хирургия. – 1998. – V. 3. – P. 7–9.
3. Ермолов А. С. Хирургия желчнокаменной болезни // Ан. хир. – 1998. – V. 3. – P. 13–14.
4. Berci G., Sackier J. M. Los Angeles experiens with laparoscopic cholecystomy // Am. j. surg. – 1991. – V. 161. – P. 382–384.
5. Cameron J. C., Gadaez T. R. Laparoscopic cholecystectomy (editorial) // Ann. surg. – 1991. – P. 214–251.
6. Eimiller A. Complication of endoscopy // Endoscopy. – 1992. – V. 24. № 1–2. – P. 176–184.

Поступила 28.10.2010