

КАТЕГОРИИ СЛОЖНОСТИ ЭНДОХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Центральная районная больница, г. Котельшич

Цели и задачи работы состояли в поэтапной оценке возможности эндохолецистэктомии, в попытке классифицировать понятие «трудный пузырь» путём введения категорий сложности эндомобилизации.

Материал и методы

В условиях отделения общей хирургии медико-санитарного учреждения районного здравоохранения с 1999 по 2001 гг. проведено 120 лапароскопических холецистэктомий при остром калькулезном холецистите, что составило 80,55% от всех эндоопераций при холелитиазе. Это существенно расходится с данными других исследований, где доля хронической формы желчно-каменной болезни (ЖКБ) и, соответственно, плановых эндоопераций преобладает: 85,8% плановых и 14,2% экстренных [5]; 76,1 и 23,9% [4]; 87,5 и 12,5% [8], 51,9% деструктивных форм холецистита [2].

Средний возраст пациентов - 56,6 лет (младшему - 25, старшему - 82 года); чаще не везло женщинам (119 случаев); и на сегодня женский пол остается первым фактором риска желчно-каменной болезни [3]. [7].

Все операции выполнялись на аппаратуре фирм «Stryker», «Auto Suture», «Soni», «Wolf», «Olympus».

Прогрессирующий рост числа пациентов с деструктивной формой воспаления желчного пузыря в сравнении с «холодной» формой ЖКБ. невысокий процент проблем в послеоперационном периоде (лигатурные инфильтраты, гранулемы и нагноения операционных ран, грыжи, омфалиты, спаечный процесс брюшной полости, сердечно-легочные осложнения), отсутствие летальных исходов, а также небольшой, но все же накопленный опыт позволяет представить разработанные нами категории сложности эндохолургической мобилизации и последующего удаления желчного пузыря, несколько отличающиеся от исследования В.Г. Сажина с соавт. [6].

(См. таблицы 1,2).

Примечание. По нашим данным шкала в 13-15 баллов, как правило, соответствует 1А категории сложности; 16-21 балл - 1В; 22-28 баллов - 2А; 29-34 балла - 2В; 42-47 баллов - 3А; 48-54 балла - 3В; 55 баллов и > = 4-й категории сложности.

Степень деструкции желчного пузыря оценивается эндомакроскопически. Гистологическая верификация желчного пузыря, безусловно, имеет значение в оценке сложности, но анализ ее проводится уже после факта холецистэктомии и не всегда совпадает с категорией сложности его удаления: в нашем исследовании катаральная форма зарегистрирована у 16 пациентов (13,3%), флегмонозная и флегмонозно-язвенная у 97 (80,9%), гангренозная у 7 (5,8%).

Таким образом, общепринятые критерии, как перитонит, спаечная болезнь брюшной полости, деформация брюшной стенки при грыжевых дефектах и послеоперационных рубцах, как и ожирение, существенно не влияют на эндомобилизацию желчного пузыря. Степень деструкции стенки пузыря и инфильтративный процесс с визуализацией элементов треугольника Calot нами рассматриваются как основные показатели сложности при эндохолецистэктомии.

120 операций начаты и закончены эндоскопически. Однако еще в 4 случаях потребовалась конверсия (3,2%), которая по данным других авторов составляет 0,5% [5]; 2,8% [4]. В нашем анализе - это случай паренхиматозного кровотечения из ложа желчного пузыря в печени (по интраоперационной оценке, кровотечение было обосновано желанием подстраховаться и ушить, как оказалось, «невзрачно» кровоточащее ложе; одна из первых эндоопераций). Другой случай, так же один из первых эндопациентов, с повреждением стенки желчного пузыря и истечением желчи в полость живота (такого рода «осложнения» в дальнейшем поводом для конверсии не являлись). Третий - синдром Mirizzi (собственно конверсия закончилась констатацией факта данного синдрома: желчный пузырь мобилизован и резецирован эндохолургически, обработанный коагулятором фрагмент его стенки лег «заплатой» на ductus hepaticus communis, не допустив холергеи, операция закончена подведением тампона Пенроуза и трубчатого дренажа в подпеченочное пространство). Последний эпизод - обнаружение при видеолaparоскопии признаков панкреонекроза с гнойным оментобурсытом: для пунктуальной ревизии и полноценной санации, взвесив pro et contra все же перешли на срединную лапаротомию, приняв коллегиальное решение.

Манипуляции во время конверсии (ассистированные и симультанные операции) обратили наше внимание и на такой факт: становящееся уже «привычным» 8-10-кратное оптическое увеличение операционной картины (при видеолaparоскопии) является неотъемлемой и при переходе к традиционной (!) минилапаротомии. С ним значительно удобнее оценить операционную ситуацию и выработать операционную программу, а провести порой «точечные» действия иначе просто не представляется возможным. Мы постоянно обращались к экрану, не переставая пользоваться аппаратурой уже после конверсии, по существу выполняя ассистированные эндооперации через минидоступ.

Вызывает тревогу оптимизм некоторых исследований [1,2] в пользу «традиционной» открытой холецистэктомии при деструктивном холецистите с перитонитом у пожилых пациентов с ожирением и легочно-сердечной недостаточностью: травматизм данного доступа прямо пропорционален тяжести послеоперационного периода и летальности пациентов с деструктивным холециститом.

Все 120 холецистэктомии, проведенных в условиях районной больницы, при деструкции желчного пузыря оценивались в соответствии с предложенными категориями сложности: 1А - 4 (3,33%), 1В - 12 (10%), 2А - 27 (22,5%), 2В - 30 (25%), 3А - 29 (24,16%), 3В - 14 (11,67%), 4 - 4 (3,33%).

Предложенные категории сложности эндохолецистэктомии, надеемся, помогут в работе практических хирургов.

Выводы

1. При определенном навыке хирурга эндохолецистэктомия при деструкции желчного пузыря становится операцией выбора с низким процентом осложнений и конверсии.

2. Проведена попытка классифицировать понятие «трудный пузырь» с введением категории сложности эндомобилизации желчного пузыря.

3. Спаечный процесс брюшной полости, грыжи, послеоперационные рубцы, ожирение, перитонит существенно не влияют на сложность эндомобилизации желчного пузыря.

4. Основными формами деструкции желчного пузыря по нашим наблюдениям является флегмонозно-инфильтративная стадия воспаления (соответственно 2А; 2В; 3А степени категории сложности).

Summary

CATEGORIES OF DIFFICULTY OF ENDOCHOLECYSTECTOMY AT DESTRUCTIVE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

A.V.Guzhva's, V.V.Dmitriev's, A.B.Ammosov Kotelinich Regional hospital

On the basis of 120 cholecystectomies with complicated cholelithiasis the analysis with attempt of classification of the definition «a difficult gallbladder» is carried out by introduction of the concept of a category of complexity.