

Многоэтапное хирургическое лечение острого калькулезного холецистита с использованием лапароскопической холецистэктомии

С.В.Михайлузов¹, М.А.Хоконнов², Е.В.Моисеев², М.В.Шевченко², А.Е.Соломахин¹

¹Российский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. В.А.Ступин);

²Городская клиническая больница №15 им. О.М.Филатова, Москва
(главный врач – к.м.н. Э.И.Николаева)

Проанализированы результаты многоэтапного хирургического лечения острого калькулезного холецистита (ОКХ) у 1559 больных с использованием методов декомпрессии желчного пузыря и различных способов холецистэктомии. На основе ретроспективного анализа клинического материала определены оптимальные сроки осуществления видеолaparоскопической холецистэктомии как окончательного метода радикального лечения катаральной и деструктивных форм заболевания, проводимого после тонкоигольных пункций желчного пузыря и микрохолецистостомии. Проведено сравнение групп оперированных с помощью видеолaparоскопии и открытого вмешательства. Аргументированы преимущества лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Отмечена целесообразность широкого использования ЛХЭ в повседневной работе при осложненном течении ОКХ, когда оправдано многоэтапное хирургическое лечение.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, многоэтапное лечение, лапароскопическая холецистэктомия

Multistage surgical treatment of acute calculous cholecystitis with application of laparoscopic cholecystectomy

S.V.Mikhaylusov¹, M.A.Khokonov², E.V.Moiseenkova², M.V.Shevchenko², A.E.Solomakhin¹

*Russian Medical State University, Department of Hospital Surgery №1 of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department – Prof. V.A.Stupin);*

*Municipal Clinical Hospital N 15 named after O.M.Filatov, Moscow
(Chief Doctor – PhD E.I.Nikolayeva)*

Results of multistage surgical treatment of 1559 patients with acute calculous cholecystitis (ACC) are analyzed in the article. There were used various methods of decompression of a gallbladder and cholecystectomy and were shown optimum terms of performance of laparoscopic cholecystectomy after fine-needle puncture and microstoma of a gallbladder. The groups of patients after a laparoscopic and traditional cholecystectomy were compared and there were shown advantages of laparoscopic cholecystectomy (LC). Wide use of LC in daily work in the treatment of patients with ACC is necessary at multistage surgical treatment.

Key words: acute calculous cholecystitis, multistage treatment, laparoscopic cholecystectomy

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) – одно из самых распространенных заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии. Пациенты с данной патологией составляют почти 10% от общего числа госпитализированных в хирургическую клинику [1]. Совершенствование методов диагностики, широкое внедрение в повседневную работу новых технологий, в том числе лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), позволяют оперировать больных в

ранние сроки от момента поступления в стационар [2–4]. Однако почти в 2/3 случаев приходится сталкиваться с осложненным течением ОКХ, когда перед холецистэктомией необходимо проведение многоэтапного лечения, включая декомпрессию желчного пузыря, санацию билиарного тракта, коррекцию соматической патологии [5–8]. При этом не определена значимость ЛХЭ как окончательного метода лечения ОКХ, ее преимущества перед традиционной открытой холецистэктомией (ОХЭ). До конца не отработан дифференцированный подход к проведению ЛХЭ у лиц различного возраста в зависимости от давности заболевания, используемого метода малоинвазивной декомпрессии желчного пузыря и характера воспалительных изменений стенки. Не установлены наиболее благоприятные сроки операции.

Для корреспонденции:

Михайлузов Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Телефон: (495) 375-2391

E-mail: Michailusov@hospital15.com

Статья поступила: 18.05.2008 г., принята к печати 21.10.2009 г.

С целью совершенствования лечебного алгоритма при осложненном течении ОКХ на основе ретроспективного анализа в нашей клинике проведены оценка места ЛХЭ в комплексном многоэтапном лечении с учетом особенностей заболевания, сравнение результатов лечения с использованием ЛХЭ и ОХЭ в сопоставимых группах пациентов, определены оптимальные сроки вмешательства.

Пациенты и методы

Проанализированы результаты лечения 1559 больных ОКХ, госпитализированных в Городскую клиническую больницу №15 г. Москвы, в возрасте от 45 до 89 лет (средний возраст – $56,7 \pm 11,5$). В 1179 наблюдениях (75,6%) верифицированы деструктивные формы заболевания. Во всех случаях холецистэктомия (ЛХЭ и ОХЭ) производилась в отсроченном периоде после купирования воспалительных явлений в стенке желчного пузыря. Критериями исключения из исследования были: операционно-анестезиологический риск выше III класса согласно классификации физического состояния больного Американской ассоциации анестезиологов (ASA – American Society of Anesthesiologist), перитонит, панкреонекроз, патология билиарного тракта, не корригируемая с помощью лечебной дуоденоскопии. Всем пациентам перед операцией проводили декомпрессию желчного пузыря с помощью тонкоигольных пункций (ТП) и микрохолецистостомии (МХС). Указанные манипуляции выполнялись под ультразвуковым контролем с помощью эхотомографов (Япония), работающих в режиме реального времени (Aloka SSD-630, Aloka SSD-1100, Toshiba SSA-550A). ТП и МХС выполнялись с использованием специального пункционного линейного датчика 3,5 МГц (501-UST 8P-3,5), игл Chiba (G-16, G-18, G-20, G-22) и зонтичных стилет-катетеров диаметром от 3 до 5 мм. Дуоденоскопия во всех наблюдениях осуществлялась аппаратом T20-IF фирмы Olympus (Япония).

Бактериологическое исследование содержимого желчного пузыря проводили с помощью «Автоматизированного рабочего места микробиолога, эпидемиолога и химиотерапевта» на базе планшетного фотометра IEMS-Reader (фирма «Termo-Electron»; Финляндия) и системы микробиологического мониторинга «Микроб» (СМММ и СМММ-2) и «Микроб-Автомат».

ЛХЭ как окончательный метод лечения выполнена у 744 больных различного возраста. При катаральной форме ОКХ (177 пациентов (23,8%)) после ТП видеолапароскопическое удаление желчного пузыря произвели у 88 человек (49,7%) (до 65 лет – 52, старше 65 лет – 36), после МХС – у 89 (50,3%) (до 65 лет – 43, старше 65 лет – 46). При деструктивном ОКХ (567 больных (76,2%)) в качестве первого этапа хирургического лечения чаще использовали МХС (у 349 (61,6%)): 77 – у лиц до 65 лет, 272 – старше 65 лет. В 218 наблюдениях (38,4%) перед ЛХЭ выполнены ТП желчного пузыря (156 – у пациентов до 65 лет, 62 – старше 65 лет).

ОХЭ произведена у 815 пациентов (в 203 случаях (24,9%) – при катаральном ОКХ, в 612 (75,1%) – при деструктивных формах).

При статистической обработке полученных данных использовалась программа BIOSTAT (Стентон А. Гланц). Для

характеристики групп применялись параметры описательной статистики. При анализе полученных результатов рассматривались критерий χ^2 , критерий Фишера, коэффициент Стьюдента (t). Полученные данные интерпретировались следующим образом:

при $p < 0,05$ – достоверные различия: нулевая гипотеза отклоняется и принимается альтернативная гипотеза о том, что различия между выборочной и популяционной относительными частотами статистически значимы;

при $p > 0,05$ – недостоверные различия: нулевая гипотеза о совпадении относительных частот не отклоняется, то есть можно считать, что наблюдаемая частота соответствует популяционной (ожидаемой).

Результаты исследования и их обсуждение

Оптимальные сроки проведения ЛХЭ определяли на основании характера содержимого желчного пузыря с учетом микрофлоры и выраженности инфильтративных изменений перипузырной клетчатки, верифицированных интраоперационно. Прежде всего проанализированы результаты бактериологического исследования пунктата у 276 больных флегмонозным холециститом, госпитализированных со сформированным перипузырным инфильтратом. В качестве направленной антибактериальной терапии использовались цефалоспорины III–IV поколения и фторхинолоны в комбинации с метронидазолом. При первичных микробиологических исследованиях чаще всего выявляли грамотрицательные палочки (факультативные анаэробы – *Escherichia coli* и *Klebsiella*). Степень бактериальной обсемененности составила 10^6 – 10^{10} микробных тел в 1 мл желчи. В 2/3 наблюдений (78,8%) отмечались ассоциации микроорганизмов. В процессе лечения была прослежена динамика роста микрофлоры и чувствительности к препаратам с дальнейшей коррекцией антибактериальной терапии. Микробное число желчи на 3-и сутки комплексного многоэтапного лечения снизилось до 10^3 – 10^4 в 25,9% случаев после ТП и в 85,1% – после МХС. К 5-м суткам подобный результат выявлен, соответственно, в 43,1% после ТП и в 97,8% после МХС. Согласно полученным результатам микробиологических исследований содержимого желчного пузыря на фоне комплексного лечения, более эффективного снижения бактериальной обсемененности удавалось добиться с использованием МХС, в отличие от тонкоигольных пункций.

Основным критерием неэффективности предоперационной подготовки служили случаи конверсии, связанные с выявлением инфильтративного процесса в перипузырной клетчатке, затрудняющего выполнение этапов ЛХЭ. До операции достоверно высказаться о наличии инфильтрата с помощью инструментального обследования на фоне декомпрессии желчного пузыря весьма затруднительно. Из 744 наблюдений всего к конверсии пришлось прибегнуть в 39 случаях (5,2%), причем чаще при деструктивном ОКХ, чем при катаральном (соответственно, у 36 из 567 (6,3%) и у 3 из 177 (1,7%); $p = 0,026$). Процент перехода к открытой операции оказался достоверно выше после ТП, чем после МХС (у 24 из 321 (7,5%) и у 15 из 423 (3,5%); $p = 0,027$). После лечебных пункций перед ЛХЭ во всей группе как у лиц моложе, так и старше 65 лет статистически значимых различий в

частоте конверсии мы не выявили (соответственно, в 18 случаях из 207 (8,7%) и в 6 из 113 (5,3%); $p = 0,387$). Тогда как после выполнения МХС чаще пришлось прибегнуть к лапаротомии у пациентов пожилого и старческого возраста, чем у более молодых (соответственно, у 15 из 318 (4,7%) и ни у одного из 105).

Для определения оптимальных сроков осуществления ЛХЭ отдельно проанализированы группы пациентов с **катаральными** и **деструктивными** формами ОКХ. Среди больных катаральным ОКХ (177 человек) при проведении ТП+ЛХЭ и МХС+ЛХЭ давность заболевания составила менее 72 ч у 72 человек (40,7%) (соответственно, 48 и 24), 72–120 ч – у 29 (16,4%) (15 и 14) и более 5 сут – у 76 (42,9%) (25 и 51). При этом видеолапароскопическое вмешательство после ТП и МХС осуществлено в первые две недели у 56 и у 32 больных, на 15–21-е сут – у 25 и у 37 и на 22–28-е сут – в 7 и в 8 наблюдениях. После МХС в 12 случаях (13,5%) ЛХЭ выполнили позднее 28 суток от начала хирургического лечения. Обращает на себя внимание, что к оперативному лечению в первые 2 нед при катаральном ОКХ чаще прибегали при санации после ТП, чем после МХС (соответственно, у 56 и 32 пациентов; $p = 0,000$). В сроки же позднее 22 сут ЛХЭ чаще осуществлена после МХС, чем после ТП (соответственно, у 20 и у 7; $p = 0,013$). Всего при катаральном ОКХ процент конверсии после ТП составил 2,3% (у 2 из 88), после МХС – 1,1% (у 1 из 89) ($p = 0,092$). Таким образом, давность заболевания не влияет на частоту конверсии при данной форме заболевания, независимо от вида чрескожной санации желчного пузыря. ЛХЭ, как окончательный метод хирургического лечения катарального ОКХ, может быть осуществлена в любые сроки от момента декомпрессии желчного пузыря.

ЛХЭ выполнена 567 больным деструктивным ОКХ после ТП (233 (41,1%)) и МХС (334 (58,9%)). Причем основную часть составили пациенты пожилого и старческого возраста (349 человек (61,6%)). ТП желчного пузыря перед ЛХЭ чаще выполняли у лиц до 65 лет, чем у больных старшего возраста (соответственно, у 156 (71,6%) и у 62 (28,4%) из 218). У пациентов же старше 65 лет соотношение используемых методов декомпрессии обратное (ТП – у 77 (22,1%), МХС – у 272 (77,9%) из 349). У лиц пожилого и старческого возраста перед холецистэктомией предпочтение отдавали чрескожному дренированию. От момента заболевания в стационар обратился 401 больной в течение трех суток (70,7%), на 3–5 суток – 18 (3,2%), позднее 5 суток – 148 (26,1%). При этом среди госпитализированных в первые 72 ч от начала заболевания перед ЛХЭ чаще выполнялись ТП, если позднее 5 суток, большинству произведена МХС. Во всей представленной группе больных деструктивным ОКХ к конверсии пришлось прибегнуть в 36 случаях из 567 (6,3%): в 10 случаях из 218 среди лиц до 65 лет (4,6%) и в 26 из 349 (7,4%) – старше 65 лет; $p = 0,237$, причем чаще после ТП, чем после МХС (соответственно, в 22 из 233 наблюдений (9,4%) и в 14 из 334 (4,2%); $p = 0,019$). Видеолапароскопическое вмешательство осуществлено после ТП и МХС в первые две недели у 22 и у 32 больных, на 15–21-е сут – у 78 и у 113, на 22–28-е сут – у 103 и у 119, позднее 28 сут – у 30 и у 70 человек соответственно. Процент конверсии у больных старше 65 лет оказался значительно выше (12 из 77 (15,6%)), чем у

лиц до 65 лет (10 из 156 (6,4%)); $p = 0,044$. В группе пожилого и старческого возраста к открытой операции прибегали после ТП желчного пузыря в 12 случаях из 77 (15,6%), после же МХС – в 14 из 272 (5,1%); $p = 0,005$. Таким образом, если при деструктивном холецистите у пациентов старше 65 лет перед ЛХЭ предпочтение следует отдавать чрескожному дренированию желчного пузыря, то среди больных моложе 65 лет подобной закономерности не выявлено. При этом процент конверсии после ТП составил 6,4% (10 из 156), после же МХС конверсия не отмечена ни в одном наблюдении из 62 ($p = 0,093$). При МХС у лиц молодого и среднего возраста конверсии не было (0 из 62), у лиц старше 65 лет было 14 случаев из 272 (5,1%); $p = 0,141$.

Как показывает клинический опыт, давность заболевания существенно влияет на выраженность инфильтративного процесса в перивезикальной клетчатке. При этом зависимость прямо пропорциональна. Согласно ретроспективному анализу, после ТП при давности заболевания до 72 ч у лиц моложе 65 лет пришлось перейти к открытой операции у 10 из 218 (4,6%), старше 65 лет – в 26 наблюдениях из 349 (7,4%). При давности заболевания до 3 сут процент открытых операций оказался выше после ТП, чем после МХС (соответственно, 13,3% (8 из 60) и 1,2% (2 из 163); $p = 0,000$). Это подтверждает преимущества дренирования желчного пузыря даже в благоприятные для оперативного вмешательства сроки у лиц пожилого и старческого возраста. В данной же группе больных, но при давности заболевания более 3 сут ЛХЭ успешно выполнена после ТП в 13 из 17 случаев, а после МХС – в 97 из 109 ($p = 0,294$). Было также отмечено, что МХС создает более благоприятные условия для успешного проведения ЛХЭ у пациентов старше 65 лет, если давность заболевания не превышает 3 сут. Процент конверсии при этом равен 1,2% (у 2 из 163). При прочих равных условиях, но при давности заболевания более 72 ч, процент конверсии увеличивается до 11% (у 12 из 109); $p = 0,000$. С учетом полученных результатов была отмечена зависимость частоты конверсии от сроков осуществления ЛХЭ, произведенной по поводу деструктивного ОКХ на фоне многоэтапного хирургического лечения. После ТП желчного пузыря данный показатель при вмешательстве, проведенном в первые 2 нед, на 15–21-е сут, на 22–28-е сут и позднее 28 сут, составил, соответственно, 0 (ни в одном случае из 22), 6,4% (5 из 78), 16,5% (17 из 103) и 0 (ни в одном наблюдении из 30). При этом мы не выявили статистически достоверных различий частоты конверсии у оперированных в первые 2 нед и в более поздние сроки ($p = 0,227$). После МХС процент перехода к открытому способу при вмешательстве, проводимом в указанные выше сроки, составил, соответственно, 18,8% (6 из 32), 3,5% (4 из 113), 1,7% (2 из 119) и 2,9% (2 из 70). То есть конверсия при ЛХЭ после дренирования желчного пузыря в течение первых 2 нед составила 18,8% (у 6 из 32), а в более поздние сроки – 2,6% (у 8 из 302); $p = 0,000$. Это указывает на то, что видеолапароскопическое вмешательство после МХС следует выполнять не ранее третьей недели от момента декомпрессии желчного пузыря.

Особое внимание в настоящем исследовании было уделено пациентам с деструктивным ОКХ старше 65 лет, оперированным после МХС (272 человека). При давности заболевания до 3 сут процент конверсии оказался значительно

ниже (у 2 (1,2%) из 163), чем при сроках более 5 сут (у 10 (9,8%) из 102); $p = 0,003$. При этом не было выявлено статистически достоверных различий по частоте перехода к лапаротомии при ЛХЭ, проводимой в различные сроки от дренирования желчного пузыря. Но было отмечено, что при осуществлении вмешательства на 3-й нед от начала лечения и позднее данный показатель существенно ниже у больных с давностью заболевания менее 3 сут по сравнению с госпитализированными позднее 5 сут (соответственно, 0,6% (1 из 157) и 7,2% (7 из 97); $p = 0,011$). У больных старше 65 лет с давностью заболевания более 5 сут при проведении ЛХЭ в течение второй недели конверсия осуществлена в 3 наблюдениях из 6, в течение третьей недели – в 4 (11,1%) из 36; в более поздние сроки – в 3 (4,9%) из 613; $p = 0,037$. Таким образом, с учетом данных ретроспективного анализа случаев конверсии при использовании многоэтапного хирургического лечения в наиболее «тяжелой» клинической ситуации (при деструктивном ОКХ у лиц старше 65 лет с давностью заболевания более 5 сут) оптимальными сроками для осуществления ЛХЭ следует считать третью неделю после декомпрессии желчного пузыря и позднее.

Следующим этапом исследования явилось сравнение результатов хирургического лечения с помощью успешно выполненной ЛХЭ (705 больных – подгруппа А) и ОХЭ (815 пациентов – подгруппа Б) после декомпрессии желчного пузыря. В представленных подгруппах принимали во внимание особенности течения ближайшего послеоперационного периода. Для предполагаемой достоверности полученных данных мы провели сравнение двух подгрупп по различным параметрам. Почти в 2/3 случаев в обеих подгруппах первично верифицированы деструктивные формы воспаления желчного пузыря в подгруппе А – 531 (75,3%), в подгруппе Б – 612 (75,1%); $p = 0,966$. Более половины в подгруппах составили больные старше 65 лет. Среди перенесших ЛХЭ их было 387 (54,9%), ОХЭ – 456 (56%); $p = 0,717$. Почти в 2/3 случаев хирургическое лечение начинали позднее 72 ч от момента заболевания в подгруппе А – у 556 (78,9%), в подгруппе Б – у 611 (75%); $p = 0,060$. При этом почти каждый десятый больной после ЛХЭ (65 (9,2%)) и ОХЭ (53 (6,5%)) ранее уже лечились в стационаре по поводу ОКХ ($p = 0,060$). Статистически достоверных различий по частоте выполнения ТП и МХС перед проведением ЛХЭ и ОХЭ не выявлено. ТП в подгруппах А и Б выполнялись, соответственно, в 297 случаях (42,1%) и в 326 (40%), а МХС – в 408 и 489 ($p = 0,430$). Что касается сроков проведения окончательного этапа хирургического лечения, то мы также не выявили статистически достоверных различий в подгруппах по этому признаку. Холецистэктомия выполнялась в подгруппах А и Б в первые 2 нед от начала лечения в 136 и 163 наблюдениях ($p = 0,778$), на 15–21 сут – в 242 и 311 ($p = 0,135$), на 22–28 сут – в 217 и 236 ($p = 0,472$) и позднее 28 сут – в 110 и 105 ($p = 0,149$).

Сравнивая течение ближайшего послеоперационного периода после успешно выполненных ЛХЭ и ОХЭ на фоне многоэтапного хирургического лечения, обратили внимание на частоту выявления осложнений со стороны брюшной стенки. После ЛХЭ значительно реже верифицировано нагноение раны (в 1 наблюдении (0,1%)), чем после ОХЭ (в 15 случаях (1,8%)); $p = 0,003$. Широкое использование ультразвукового исследования в послеоперационном периоде по-

зволило диагностировать осумкованные жидкостные образования брюшной полости после холецистэктомии у 90 пациентов из 1520 (5,9%). Подпеченочная гематома, абсцесс и биллома чаще верифицированы после ОХЭ по сравнению с ЛХЭ (соответственно, в 61 случае (7,5%) и в 29 (4,1%); $p = 0,008$). Во всех случаях для санации жидкостных структур использованы чрескожные лечебные тонкоигольные пункции и чрескожное дренирование, проводимые под контролем ультразвука. Данное лечение оказалось успешным и окончательным во всех наблюдениях. После удаления желчного пузыря в «холодном» периоде в 5 наблюдениях отмечено желчеистечение из брюшной полости по дренажу (в 2 после ЛХЭ (0,3%) и в 3 – после ОХЭ (0,4%); $p = 0,871$). При этом повторная операция потребовалась лишь в 1 случае после ОХЭ при развившемся перитоните на фоне несостоятельности культи пузырного протока. Было обращено внимание на продолжительность проведения холецистэктомии после декомпрессии желчного пузыря. В среднем для осуществления ЛХЭ потребовалось больше времени, чем на ОХЭ (соответственно, $102 \pm 23,5$ мин и $89 \pm 13,6$ мин; $p = 0,008$). Статистически достоверные различия отмечены в продолжительности оперативного вмешательства при ЛХЭ и ОХЭ в первые 2 нед от начала лечения (120 ± 6 мин и 95 ± 12 мин; $p = 0,000$), на 3-й нед (113 ± 8 мин и 97 ± 7 мин; $p = 0,000$) и позднее 3-й нед (87 ± 11 мин и 76 ± 9 мин; $p = 0,020$). Для удаления желчного пузыря с помощью видеолaparоскопии потребовалось меньше времени в сроки операции позднее 3-х нед, чем в первые 3 нед после декомпрессии желчного пузыря ($p = 0,000$). Это еще раз подчеркивает необходимость выполнения ЛХЭ спустя три недели от начала лечения. При рассмотрении технических обстоятельств удаления желчного пузыря при катаральной и деструктивных формах ОКХ было отмечено, что интраоперационно меньше проблем возникает при катаральном холецистите, чем при деструктивном. Продолжительность холецистэктомии составила, соответственно, при ЛХЭ $57,4 \pm 8$ мин и 103 ± 13 мин ($p = 0,000$), при ОХЭ – $45,5 \pm 5$ мин и 78 ± 9 мин ($p = 0,000$). В послеоперационном периоде после различных вариантов холецистэктомии возможности ранней активизации больных различались. После успешного выполнения ЛХЭ в 683 наблюдениях из 705 (96,9%) пациенты уже в первые сутки вставали с постели. После же ОХЭ лишь четверть больных активизировались в эти сроки (215 человек из 815 (26,4%); $p = 0,000$). Подобное обстоятельство было связано прежде всего с меньшей травматичностью видеолaparоскопического вмешательства, отсутствием обширной раны брюшной стенки и уменьшением болевого синдрома. При анализе частоты развития системных осложнений в раннем послеоперационном периоде было выявлено, что в 30 наблюдениях из 1520 (2%) после вмешательства развились такие состояния, как тромбофлебит, пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (после ОХЭ – в 24 случаях (2,9%), после ЛХЭ – в 6 (0,9%); $p = 0,006$). К сожалению, в 7 случаях из 1520 (0,5%) отмечен летальный исход после ЛХЭ – 2 (0,3%), после ОХЭ – 5 (0,6%); $p = 0,571$) на фоне ТЭЛА (3), ОССН (3) и ОНМК (1). Таким образом, использование ЛХЭ в отсроченном периоде на фоне многоэтапного

хирургического лечения не привело к увеличению неблагоприятных исходов и частоты системных осложнений в послеоперационном периоде.

Заключение

Использование ЛХЭ в программе многоэтапного хирургического лечения ОКХ следует считать оправданным. Видеолапароскопическое вмешательство может быть широко использовано в клинической практике при различных формах ОКХ после декомпрессии желчного пузыря. При деструктивном холецистите перед выполнением ЛХЭ в качестве первого этапа предпочтение следует отдавать МХС. В наиболее «тяжелой» группе пациентов пожилого и старческого возраста, а также при поздней госпитализации оптимальными сроками выполнения видеолапароскопической холецистэктомии следует считать время позднее 3-й нед после декомпрессии желчного пузыря. При катаральном холецистите ЛХЭ может быть выполнена в различные сроки, независимо от давности заболевания и начала лечения. Внедрение ЛХЭ в клиническую практику на фоне многоэтапного хирургического лечения, по сравнению с ОХЭ, не приводит к увеличению количества интраабдоминальных и системных осложнений, а также послеоперационной летальности, что подчеркивает ее практическую значимость.

Литература

1. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Бузова В.А., Хоконов М.А., Балкизов З.З. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. – 2003. – № 10. – С.41–45.
 2. Ступин В.А., Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Хоконов М.А., Балкизов З.З., Смирнов А.С. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении острого калькулезного холецистита. – В кн.: 6-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2002. – С.374 – 375.
 3. Балалыкин А.С., Авалиане М.В., Шукшина И.В. Эндоскопический способ лечения осложненного острого калькулезного холецистита // Хирургия. – 1990. – №1. – С.38–42.
 4. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлулов С.В. – В кн.: Компьютерная эхотомография в диагностике и лечении острого холецистита. – М., 1998. – 49 с.
 5. Брискин Б.С., Карпов И.Б., Фукс М.А. – В кн.: Инвазивные вмешательства под контролем ультразвукового сканирования. – М., 1989. – С.9–13.
 6. Брискин Б.С., Минасян А.М., Васильева М.А., Барсуков М.Г. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия в лечении острого холецистита // Анн. хир. гепатол. – 1996. – Т.1. – С.98 – 107.
 7. Кузнецов Н.А., Аронов А.С., Харитонов С.В., Бронтвейн А.Т., Зинякова М.В. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35–40.
 8. Михайлулов С.В. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите. // Рос. мед. журн. – 1998. – №6. – С.29–33.
-
- Информация об авторах:**
Хоконов Мухамед Амиранович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-1310
E-mail: Khokonov@hospital15.com
Моисеенкова Елена Валерьевна, кандидат медицинских наук, врач-хирург Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 370-0033
Шевченко Михаил Владимирович, врач-хирург Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-3201
Соломахин Антон Евгеньевич, лаборант кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-1841