

© А.Л.Чарышкин, О.В.Мидленко, 2010
УДК 616.366-089.87:616.366-089.11

А.Л.Чарышкин, О.В.Мидленко

СПОСОБ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ БОЛЬШОМ КАРМАНЕ ГАРТМАНА, СРАЩЕННЫМ С ЖЕЛЧНЫМИ ПУТЯМИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.И.Мидленко) Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета

Ключевые слова: острый холецистит, карман Гартмана, сращенный с желчными путями.

Введение. В последние годы существенно возросло число больных с острым холециститом, среди которых преобладают пациенты старше 60 лет [2]. Несмотря на большие возможности современной хирургии и новые медицинские технологии, летальность остается на прежнем уровне — 3–7% и не имеет тенденции к снижению. Причинами летальных исходов более чем 60% больных являются осложненные формы желчнокаменной болезни. Чаще осложнения возникают при деструктивном холецистите, синдроме Мирицци, склероатрофическом желчном пузыре, холецистодигестивных свищах, при большом кармане Гартмана, сращенным с желчными путями [1]. При деструктивных формах острого холецистопанкреатита летальность имеет рекордно высокие цифры — от 20–35%. У лиц пожилого и старческого возраста, по данным разных авторов, летальность составляет от 30–80% [3, 4].

Цель исследования — создание способа холецистэктомии при очень большом кармане Гартмана, сращенным с желчными путями, снижающего такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, повреждение (пересечение) общего желчного или общего печеночного протока в поперечном направлении.

Материал и методы. С 1998 по 2008 г. в клинике госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета на базе хирургических отделений Ульяновской городской клинической больницы скорой помощи больным с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) выполнены более 2000 лапароскопических холецистэктомий, 154 — путем мини-лапаротомии, 173 — путем традиционной лапаротомии. У 1629 (70%) больных холецистэктомия выполнена по экстренным показаниям. Пациентов старше 60 лет было 907 человек, что составило 39%, из них с острым холецистопанкреатитом — 343 (14%) пациента. Возраст больных в группах в среднем составил (73,1±0,82) года. В 100% случаев пациенты имели 2 сопутствующих заболевания и более.

Мы провели сравнительный анализ оперативных вмешательств у 70 больных с осложненным острым холециститом с наличием большого кармана Гартмана, сращенным с желчными путями. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа холецистэктомии. 1-я группа — 36 больных, оперированных традиционным методом. 2-я группа — 34 пациента, оперированных предложенным способом холецистэктомии (положительное решение о выдаче патента по заявке на изобретение № 2008103639), разработано на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета. Способ осуществляют следующим образом. На первом этапе вскрывают желчный пузырь (1) вдоль нижнелатеральной стенки, начиная выше кармана Гартмана (2) на 2,0–2,5 см на протяжении 2,5–3,0 см. Через выполненный разрез (3) полностью опорожняют желчный пузырь (1) от содержимого. После этого рассекают нижнелатеральную стенку кармана Гартмана (2) по направлению к общему желчному (4) и общему печеночному протоку таким образом, чтобы линия разреза (5) проходила вдоль общего желчного (4) и общего печеночного протока. Опорожняют содержимое кармана Гартмана (2). Захватывают его стенку окончатый зажимом и осторожно натягивают его стенку, продолжая аккуратно разделять спайки между карманом Гартмана (2) и общим желчным протоком (4), а затем между карманом Гартмана (2) и общим печеночным протоком. Когда карман Гартмана (2) освобожден, пузырную артерию перевязывают. Желчный пузырь (1) резецируют на уровне пузырного протока, выделяют из ложа и удаляют. После выполнения интраоперационной холангиографии и отсутствия патологии общего желчного и общего печеночного протока, пузырный проток перевязывают, ложе желчного пузыря перитонизируют (рисунок).

Результаты и обсуждение. Осложнения чаще встречались в 1-й группе пациентов: повреждение общего желчного протока — в 5,6% случаев, кровотечение из ложа желчного пузыря — в 11,1%, желчеистечение — в 8,3%. Осложнения во 2-й группе пациентов: кровотечение из ложа желчного пузыря — в 2,8% случаев, повреждений внепеченочных желчных путей не было.

Продолжительность пребывания больных 1-й группы в стационаре составила (19,4±0,5) сут, во 2-й группе — (10,4±0,3) сут. Послеоперационная

летальность в 1-й группе составила 2,8%. Послеоперационной летальности во 2-й группе не было.

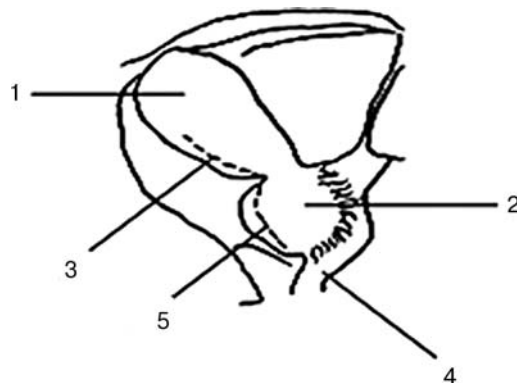
Большее количество осложнений в 1-й группе связано с общепринятой методикой холецистэктомии [4] при большом кармане Гартмана, сращенным с желчными путями, одним из этапов которой является рассечение нижнемедиальной стенки кармана Гартмана в перпендикулярном направлении по отношению к общему желчному и общему печеночному протоку, что может привести к повреждению (пересечению) общего желчного или общего печеночного протока в поперечном направлении, желчеистечению и необходимости восстановления пассажа желчи, путем наложения билиодигестивных анастомозов, что часто ведет к неблагоприятным послеоперационным исходам.

Меньшее число осложнений во 2-й группе после холецистэктомии по предложенной методике связываем с тем, что рассекают нижнелатеральную стенку кармана Гартмана по направлению к общему желчному и общему печеночному протоку таким образом, чтобы линия разреза проходила вдоль общего желчного и общего печеночного протока, что исключает повреждение (пересечение) общего желчного или общего печеночного протока в поперечном направлении.

Выводы. Предложенный способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенным с желчными путями, позволяет снизить такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, исключает повреждение общего желчного протока.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Атлас абдоминальной хирургии: Т. 1. Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы / Пер. с англ Э.Итала. — М.: Мед. лит., 2006. — 508 с.
2. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Хайруллин И.И., Маврин М.И. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом. — Казань: Медицина, 2008. — С. 176.



Способ холецистэктомии (объяснения в тексте).

3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения // Consilium-medicum. — 2000. — № 7. — С. 293–298.
4. Шеянов Д.С. Особенности клинического течения и лечебной тактики при остром панкреатите у пациентов старшей возрастной группы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 24 с.

Поступила в редакцию 13.02.2009 г.

A.L.Charyshkin, O.V.Midlenko

METHOD OF CHOLECYSTECTOMY FOR LARGE HARTMAN POCKET INOSCULED WITH BILIARY TRACTS

The patients were divided into 2 groups according to the method of cholecystectomy. The 1st group included 36 patients operated on by a traditional method. The 2nd group consisted of 34 patients operated on by the proposed method of cholecystectomy (invention application N 2008103639) developed at the department of hospital surgery of the Ulianovsk state university. Complications were noted more often in the first group of patients: injury to the common bile duct (5.6%), bleeding from the gallbladder bed (11.1%), bile excretion (8.3%). Complications in the second group: bleeding from the gallbladder bed (2.8%). The proposed method of cholecystectomy for large Hartman pocket inosculated with biliary tracts allows a decrease of such complication as bleeding, bile excretion, excludes injuries of the common bile duct.