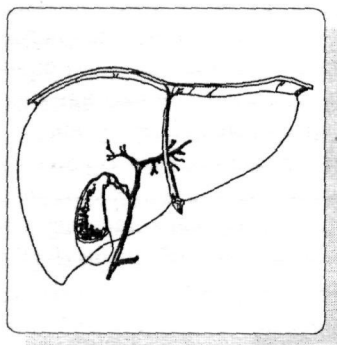




УДК 616.367 - 089

Н.В. Ташкинов, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев, К.Ю. Щуров,
А.С. Даненков, Д.Д. Бекжанов, А.А. Калашников

ВЫБОР МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
городская больница №11, г. Хабаровск*

Несмотря на большие успехи в развитии малоинвазивного лечения желчно-каменной болезни, проведение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром деструктивном холецистите нередко не удается или сопровождается тяжелыми осложнениями. Так, при остром калькулезном холецистите частота переходов на лапаротомию достигает 11-27% [8, 9]. Например, по данным сводной статистики отечественных авторов, анализирующей результаты проведения более 12 тыс. ЛХЭ при остром и хроническом калькулезном холецистите, частота повреждений гепатикохоледоха составила в среднем 0,5% [4]. Нередко повреждения гепатикохоледоха наблюдались именно у больных с острым деструктивным холециститом и выраженными воспалительными изменениями в области шейки желчного пузыря. Не случайно многие авторы относят острый деструктивный холецистит, особенно после 3 сут от начала заболевания, к противопоказаниям к ЛХЭ [1, 2, 5-7].

Материалы и методы

С 1996 по 2005 г. нами было произведено 1701 ЛХЭ при остром деструктивном (флегмонозном, гангренозном и перфоративном) холецистите. Все больные были разделены на две группы.

Контрольную группу составили 745 больных с острым деструктивным холециститом, которые находились на лечении в хирургических отделениях №1, 2 ГКБ №11 с января 1996 по декабрь 2000 г. и которым выполнялась, в основном, "открытая" холецистэктомия, а лапароскопическая холецистэктомия проводилась, как правило, в первые 3-4 сут от начала заболевания. Лапароскопическая микрохолецистостомия (МХС) выполнялась у больных с острым флегмонозным холециститом при крайне высокой степени операционно-анестезиологического риска.

Резюме

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является операцией выбора при остром деструктивном холецистите независимо от выраженности воспалительного процесса. Применение нетипичных способов ЛХЭ позволяет значительно уменьшить частоту перехода на лапаротомию, процент повреждений гепатикохоледоха и летальность.

N.V. Taschkinov, E.V. Nikolaev, N.I. Boiarintsev,
K.I. Schurov, A.S. Danenkov, D.D. Bekjanov,
A.A. Kalashnikov

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

*Far Eastern state medical university;
Hospital №11, Khabarovsk*

Summary

Laparoscopic cholecystectomy is a method of choice for acute destructive cholecystitis irrespective of inflammatory process severity. Atypical laparoscopic cholecystectomy significantly decreases the frequency of bile duct injuries, transition to laparotomy and lethal outcomes.

В основную группу вошли 956 больных с острым деструктивным холециститом, которые находились на лечении в хирургических отделениях №1, 2 ГКБ №11 с января 2001 по май 2006 г. и которым выполнялась, в основном, лапароскопическая холецистэктомия. Показания к ней были значительно расширены в связи с широким применением нетипичных способов ЛХЭ (холецистэктомия от дна, холецистэктомия по Прибраму и субтотальная холецистэктомия). "Открытая" хо-

Таблица 1

Способы ЛХЭ при остром деструктивном холецистите у больных основной группы

Способы ЛХЭ	Кол-во больных, абс. (%)
Стандартная ЛХЭ	648 (94,3)
ЛХЭ от дна	12 (1,8)
ЛХЭ по Прибраму	16 (2,3)
Субтотальная ЛХЭ	11 (1,6)
Всего	687 (100)

лецистэктомия выполнялась, как правило, при длительно протекающих (более 6 сут от начала заболевания) и тяжелых формах воспалительного процесса в желчном пузыре (гангренозный и перфоративный холецистит), а также при наличии показаний к переходу на лапаротомию. При крайне высокой степени операционно-анестезиологического риска выполнялась лапароскопическая микрохолецистостомия.

Результаты и обсуждение

Из 745 больных контрольной группы «открытая» холецистэктомия была выполнена в 568 наблюдениях, причем в 22 случаях имел место переход на лапаротомию после неудачной попытки лапароскопической холецистэктомии. ЛХЭ удалось завершить успешно у 148 больных. Лапароскопическая МХС была произведена у 29 пациентов.

Из 956 больных основной группы «открытая» холецистэктомия была выполнена в 255 наблюдениях, из них переход на лапаротомию, после неудавшейся попытки лапароскопического вмешательства, отмечен в 9 случаях. ЛХЭ удалось выполнить у 687 больных, причем нетипичные способы ЛХЭ были выполнены в 39 (5,7%) случаях (табл. 1). Лапароскопическая МХС была произведена у 14 пациентов.

Как видно из табл. 1, нетипичные способы ЛХЭ были выполнены у 39 (5,7%) из 682 больных.

ЛХЭ от дна заключалась в выделении желчного пузыря от дна по направлению к шейке и выполнялась у больных с неясной анатомией в области пузырного протока вследствие выраженного рубцово-спаечного и воспалительного процессов в области шейки желчного пузыря. Недостатком данного вмешательства является высокая частота развития кровотечения из ложа желчного пузыря, что явилось причиной перехода на лапаротомию у 2 больных. ЛХЭ по Прибраму заключалась в проведении клипирования (перевязки) пузырного протока и артерии и удалении желчного пузыря с оставлением его задней стенки, прилежащей к печени. Отсеченная часть желчного пузыря и конкременты помещались в контейнер и удалялись через окологруничный разрез длиной до 3 см. ЛХЭ по Прибраму выполнялась у больных с невыраженным субсерозным слоем в области ложа желчного пузыря, особенно у больных с гепатитом и циррозом печени, что создавало опасность развития профузного кровотечения из ложа. Недостатком данного вмешательства, кроме инфицирования брюшной полости при вскрытии желчного пузыря, является опасность ранения гепатикохо-

Таблица 2

Частота перехода на лапаротомию (конверсий) при выполнении ЛХЭ у больных с острым деструктивным холециститом

Группа больных	Число попыток ЛХЭ	Число конверсий	
		абс.	%
Контрольная (n=745)	160	22	13,8
Основная (n=958)	696	9	1,3*
Всего (n=1703)	856	31	3,6

Примечание. * — различия статистически достоверны ($p < 0,001$).

лехода и незаметного пересечения пузырного протока в инфильтрированных тканях. Именно невозможность четкой визуализации пересеченной культи пузырного протока явилось причиной перехода на лапаротомию у 2 больных. Выходом из этой ситуации является применение субтотальной ЛХЭ. Эта операция заключается в оставлении шейки желчного пузыря с прилегающей к печени его стенкой. Отсекается только не вовлеченная в плотный воспалительный инфильтрат передняя стенка желчного пузыря, которая вместе с конкрементами удаляется в контейнере через небольшой окологруничный разрез.

Отрицательной стороной субтотальной ЛХЭ является желчеистечение по дренажам брюшной полости в раннем послеоперационном периоде, что создает опасность развития разлитого желчного перитонита. Именно данное осложнение явилось причиной выполнения в раннем послеоперационном периоде лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости у одной больной. Профилактикой разлитого перитонита при выполнении субтотальной ЛХЭ является тампонада и дренирование подпеченочного пространства после завершения ЛХЭ. Основным методом лечения желчеистечения из брюшной полости являлось выполнение ЭПСТ и, при показаниях, санационной лапароскопии. Все случаи перехода на лапаротомию при выполнении нетипичных ЛХЭ наблюдались в период отработки методики этих вмешательств. Летальных исходов после применения нетипичных способов ЛХЭ не было.

Сравнительный анализ основной и контрольных групп проводился по следующим показателям: переход на лапаротомию при проведении ЛХЭ, процент повреждений гепатикохоледа и послеоперационная летальность. Частота перехода на лапаротомию при проведении ЛХЭ традиционно является одним из основных показателей, характеризующих данное вмешательство (табл. 2).

Как видно из табл. 2, вследствие применения нетипичных способов ЛХЭ при деструктивных формах острого холецистита произошло статистически достоверное снижение частоты перехода на лапаротомию. По нашему мнению, переход на лапаротомию не является оптимальным способом завершения «трудных» лапароскопических холецистэктомий, так как и при «открытом» способе оперирования сохраняются те же сложности, что и при лапароскопическом. Какой бы опыт ни имел хирург, если у больного имеется плотный воспалительный инфильтрат в области

Таблица 3

Частота повреждений гепатикохоледоха у больных с острым деструктивным холециститом

Группа больных, перенесших холецистэктомию	"Открытая" холецистэктомия	ЛХЭ	Всего
Контрольная (n=716)	2 (0,35) из 568	1 (0,68) из 148	3 (0,42) из 716
Основная (n=942)	1 (0,39) из 255	1 (0,15)* из 687	2 (0,21)* из 942
Всего (n=1658)	3 (0,36) из 823	2 (0,24) из 835	5 (0,29) из 1658

Примечания. * — различия статистически достоверны ($p < 0,05$), в скобках — данные в процентах.

шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, вероятность повреждения гепатикохоледоха остается достаточно высокой как при "открытой", так и при ЛХЭ. Так же у больных с "запущенными" случаями воспалительного процесса со стороны желчного пузыря нередко развиваются профузные кровотечения из его ложа, особенно при гепатитах и циррозах печени. Поэтому основным путем снижения частоты повреждений гепатикохоледоха и профилактики профузных кровотечений из ложа желчного пузыря, по нашему мнению, является разработка нетипичных способов ЛХЭ.

Еще в начале освоения ЛХЭ было отмечено более частое повреждение гепатикохоледоха при этой операции по сравнению с "открытой" холецистэктомией. Данное мнение сохраняется и по настоящее время. Проанализировав результаты лечения больных с деструктивными формами острого холецистита, мы не отметили такой закономерности (табл. 3).

Как видно из табл. 3, в основной группе произошло статистически достоверное снижение частоты повреждений гепатикохоледоха как при проведении ЛХЭ, так и в целом в группе. Так же в основной группе отмечено статистически достоверное уменьшение частоты повреждений гепатикохоледоха при проведении ЛХЭ по сравнению с "открытой" холецистэктомией. Более того, за период с 1996 по 2006 г. частота повреждений гепатикохоледоха при ЛХЭ составила 0,24%, что статистически недостоверно меньше, чем у больных после "открытой" холецистэктомии (0,36%). Это позволяет сделать вывод о том, что ЛХЭ не сопровождается более высокой частотой осложнений, если при наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря применяются нетипичные способы лапароскопического оперирования.

Несомненно, что частота летальных исходов является самым важным показателем, свидетельствующим об эффективности выбранной лечебной тактики. Полученные данные летальности в обеих группах больных представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, наблюдалось статистически достоверное снижение всей послеоперационной летальности в основной группе по сравнению с контрольной. По нашему мнению, это произошло вследствие того, что больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в основной группе, как правило,

Таблица 4

Частота летальных исходов у больных с острым деструктивным холециститом

Группа больных	"Открытая" холецистэктомия	ЛХЭ	ЛМХС	Всего
Контрольная (n=745)	24 (3,21) из 568	0 (0) из 148	1 (3,45) из 29	25 (2,70)
Основная (n=956)	2 (0,78)* из 255	1 (0,15) из 687	0 (0) из 14	3 (0,25)*
Всего (n=1701)	26 (3,16) из 823	1 (0,12) из 835	1 (2,33) из 43	28 (1,35)

Примечания. * — различия статистически достоверны ($p < 0,05$); ЛМХС — лапароскопическая микрохолецистостомия; в скобках — данные в процентах.

подвергались лапароскопической холецистэктомии. По этой же причине, по-видимому, произошло и статистически достоверное снижение летальности после "открытой" холецистэктомии в основной группе по сравнению с контрольной группой.

Выводы

1. Совершенствование техники стандартной ЛХЭ имеет свои пределы и позволяет уменьшить частоту переходов на лапаротомию и частоту повреждений гепатикохоледоха после лапароскопической холецистэктомии до определенного уровня.

2. Другим путем улучшения результатов ЛХЭ является разработка нетипичных способов оперирования, включающих ЛХЭ от дна, ЛХЭ по методу Прибрама и субтотальную ЛХЭ.

3. Применение нетипичных способов ЛХЭ позволяет уменьшить частоту переходов на лапаротомию, процент повреждений гепатикохоледоха и снизить летальность у больных с острым деструктивным холециститом.

Литература

- Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. // Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и брюшинного пространства. СПб.: Янус, 2002. С. 76-104.
- Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Ходос Г.В. // Избранные лекции по эндовидеохирургии. СПб.: ООО "Фирма Коста". 2004. С. 39-48.
- Корешкин И.А., Паншин А.А., Лойт А.А. и др. // Вестник хирургии. 2000. №1. С. 50-54.
- Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П. // Избранные лекции по эндовидеохирургии. СПб.: ООО "Фирма Коста", 2004. С. 49-56.
- Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндокопическая хирургия. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. 351 с.
- Францзайдес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия. СПб.: Невский диалект, 2000. 319 с.
- Bailer R., Flowers J. Complications of laparoscopic surgery. St. Louis.: Quality Medical Publishing, Inc. 1995. 416 p.
- Eldar S., Sabo E., Nash S. et al. // Surg. Laparoscopy & Endoscopy. 1997. №5. P. 407-414.
- Lo C., Fan S., Lui C. et al. // Amer. J. Surg. 1997. №6. P. 513-517.