

УДК616.366-089.87:616.381-072.1]:616.362-007.271

*Н.В. Ташкинов, К.Ю. Шуров, А.С. Даненков,
Д.Д. Бекжанов, А.А. Ревотас*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ

Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск),
Городская клиническая больница № 11 (г. Хабаровск)

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, синдром Мириizzi, билиодигестивные свищи, холедохолитиаз.

Желчно-каменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний и, по данным литературы, встречается у 10–15% населения [2]. Лапароскопическая холецистэктомия за последнее десятилетие стала операцией выбора, так как она характеризуется малотравматичностью и небольшим количеством осложнений [1]. Несмотря на большие успехи в развитии эндохирургии желчно-каменной болезни, проведение лапароскопической холецистэктомии нередко не удается или сопровождается тяжелыми осложнениями, обусловленными рядом причин: нарушением нормальной анатомии в области гепатодуоденальной связки вследствие выраженного рубцово-спаечного и инфильтративного процессов, наличием синдрома Мириizzi, выявленным интраоперационно холедохолитиазом, а также существованием билиодигестивных свищей [3, 4, 5]. Эти ситуации расцениваются нами как нестандартные, так как они повышают опасность развития осложнений и вероятность перехода на лапаротомию.

С 1996 по 2005 г. нами произведено 1524 лапароскопических холецистэктомий при остром и хроническом калькулезном холецистите. Нестандартные ситуации наблюдались у 92 больных (6%), из которых 35 были с выраженным рубцово-спаечным и инфильтративным процессами в области шейки желчного пузыря, 27 — с синдромом Мириizzi I и II типа, 26 — с интраоперационно выявленным холедохолитиазом и 4 — с холецистодигестивными свищами. Переход на лапаротомию потребовался в

17 случаях (1,1%). Это были 6 больных с синдромом Мириizzi, 6 — с выраженным рубцово-спаечным и инфильтративным процессами в области шейки желчного пузыря, 3 — с холедохолитиазом и 2 — с холецистодигестивными свищами. В остальных случаях операции удалось завершить лапароскопически. При выполнении лапароскопической холецистэктомии в нестандартных ситуациях требовались изменения техники самого вмешательства, а также применение дополнительных эндоскопических и лапароскопических операций. Остановимся более подробно на этих ситуациях.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Из 1524 больных, перенесших попытки лапароскопической холецистэктомии, синдром Мириizzi наблюдался в 27 случаях (1,8%). Из 19 наблюдений синдрома Мириizzi I типа лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить у 17 больных. Особенностью этой операции являлось рассечение пузырного протока над вклиненным конкрементом с его удалением, перевязкой, прошиванием или клипированием пузырного протока проксимальнее разреза (рис. 1). Переход на лапаротомию потребовался у 2 больных с выраженным инфильтратом в области пузырного протока и гепатодуоденальной связки.

Из 8 наблюдений синдрома Мириizzi II типа лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить у 4 больных (рис. 2). Особенностью вмешательства при синдроме этого типа являлся высокий порог перехода на лапаротомию. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась только при небольших размерах холецистохоледохиальных фистул (менее половины диаметра общего печеночного протока) на фоне нормальной проходимости терминального отдела общего желчного протока. Операция заключалась в лестничном клипировании холецистохоледохиального соустья с использованием стенки желчного пузыря. Еще у 2 больных аналогичная операция была выполнена открытым способом с введением дренажа Кера дистальнее ушитого соустья. В оставшихся 2 случаях с выраженным соустьем (более половины диаметра общего желчного протока) потребовался переход на лапаротомию с наложением гепатикоеюноанастомоза на сменных транспеченочных дренажах.

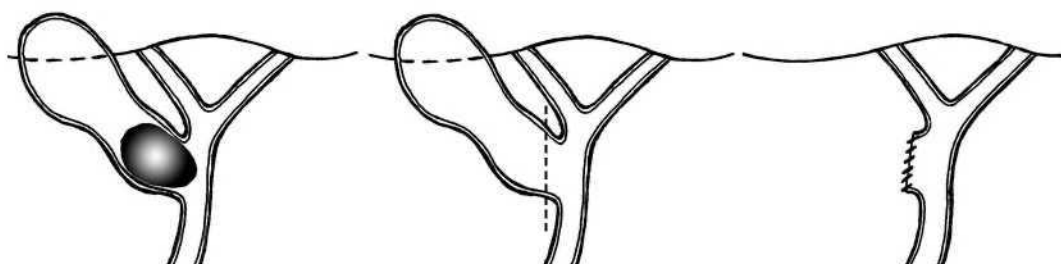


Рис. 1. Схема ЛХЭ при синдроме Мириizzi I типа.

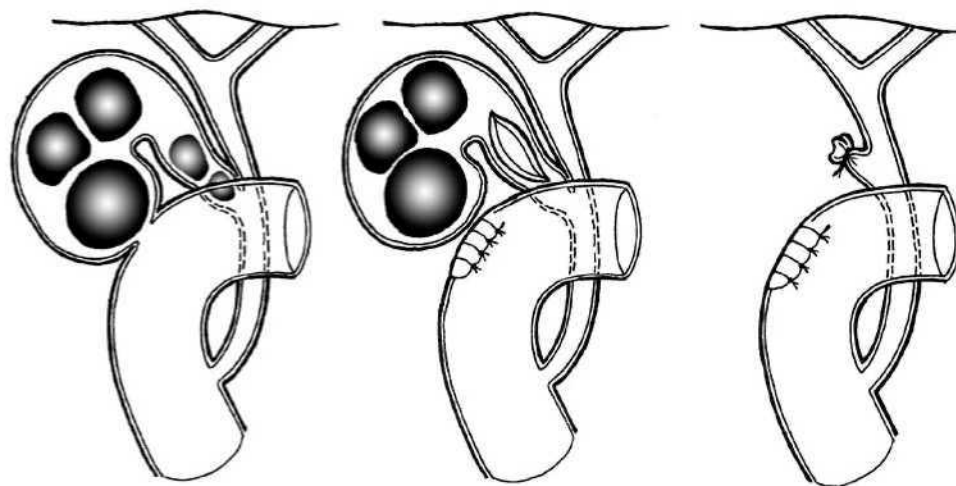


Рис. 2. Схема ЛХЭ при синдроме Мириizzi II типа.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ РУБЦОВО-СПАЕЧНОМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССАХ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ

С рубцово-спаечным процессом в области пузырного протока эндохирурги нередко сталкиваются при лапароскопической холецистэктомии, проводимой по поводу хронического калькулезного холецистита, а с воспалительным процессом в области шейки желчного пузыря — при его удалении по поводу острого холецистита. Если обычный рубцово-спаечный и (или) инфильтративный процесс в области шейки желчного пузыря встречается практически в каждом втором случае, то выраженные рубцовые и воспалительные изменения наблюдаются достаточно редко и значительно затрудняют выполнение эндохирургического вмешательства, повышают риск развития осложнений и перехода на лапаротомию. Такие ситуации наблюдались в 29 случаях на 1524 лапароскопических холецистэктомий (1,9%).

С целью профилактики повреждения общего печеночного протока и уменьшения опасности кровотечения из ложа желчного пузыря мы применяли следующие нестандартные варианты ЛХЭ: холецистэктомию «от дна» (14), холецистэктомию по Прибраму (13), субтотальную холецистэктомию (8). Холецистэктомия «от дна», предпринятая по поводу острого холецистита, особенно у больных с гепатитом различной этиологии, нередко сопровождалась выраженным кровотечением из ложа желчного пузыря, что значительно затрудняло вмешательство и явилось причиной перехода на лапаротомию в 2 случаях. Поэтому основными условиями этого варианта лапароскопической холецистэктомии является использование 10-миллиметрового электроотсоса и дополнительного (пятого) троакара для введения ретрактора.

Альтернативой холецистэктомии «от дна» являлась лапароскопическая холецистэктомия по спосо-

бу Прибрама, применявшаяся обычно при операциях по поводу острого деструктивного холецистита. При этом варианте холецистэктомия выполнялась ретроградно с перевязкой или клипированием пузырного протока, но не удалялась прилежащая к печени стенка желчного пузыря, что значительно уменьшало кровотечение из его ложа. Производили тщательную диатермокоагуляцию оставленной части желчного пузыря. Пузырь вместе с конкрементами помещался в контейнер и удалялся через небольшой разрез в околопупочной области. Недостатком вмешательства по Прибраму являлась необходимость выделения пузырного протока, что не всегда удавалось сделать вследствие наличия инфильтрата в области шейки пузыря и гепатодуоденальной связки (причина трех переходов на лапаротомию). Альтернативой конверсии здесь была субтотальная холецистэктомия, которая отличалась от операции Прибрама тем, что при ней не клипировался (перевязывался) пузырный проток, а удаление желчного пузыря осуществлялось на уровне его шейки (рис. 3). Недостатком субтотальной холецистэктомии являлось желчеистечение из брюшной

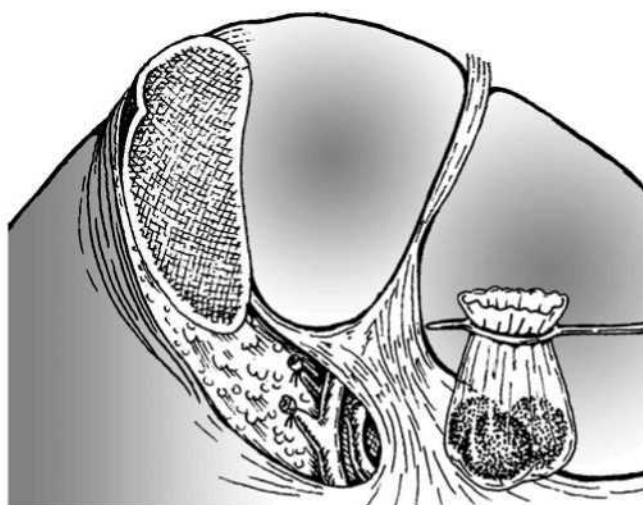


Рис. 3. Схема модифицированной операции Прибрама.

полости, поэтому все подобные операции мы завершали введением тампона и дренажей в подпечечное пространство. При появлении желчеистечения из дренажей брюшной полости больным выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с целью декомпрессии желчевыводящей системы. Из 8 случаев после субтотальной холецистэктомии желчеистечение развилось в 7. В 1 случае желчеистечения не наблюдали, так как больной до ЛХЭ была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкремента из общего желчного протока. После папиллосфинктеротомии у 6 больных желчеистечение прекратилось в срок от 1 до 9 дней. В одном случае потребовалась диагностическая лапароскопия для исключения подтекания желчи в другие отделы брюшной полости.

Еще в одном наблюдении был выявлен разлитой желчный перитонит, потребовавший лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. Послеоперационный период у больных после успешно выполненных нестандартных лапароскопических холецистэктомий протекал без тяжелых осложнений, и они были выписаны через 7–15 дней после операции. Одна больная, у которой лапаротомия осложнилась нагноением операционной раны, была выписана на 22 сутки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ВЫЯВЛЕННОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

Несмотря на широкое применение ультразвукового исследования и фиброгастроуденоскопии с эндоскопической холангиопанкреатографией и дооперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией, холедохолитиаз во время лапароскопического вмешательства был диагностирован с помощью интраоперационной холангиографии у 26 из 1524 пациентов (1,7%). У 5 больных конкременты были удалены через расширенный пузырный проток с помощью корзинки Дормиа, у 3 пациентов была проведена лапароскопическая холедохолитотомия, в 1 случае холедохолитиаз был устранен с помощью ретроградной интраоперационной папиллосфинктеротомии, в 1 — с помощью антеградной интраоперационной папиллосфинктеротомии и еще в 1 — с помощью интраоперационной супрапапиллярной холедоходуоденостомии по методике rendez-vous. У 12 больных с небольшими конкрементами общего желчного протока холедохолитиаз был устранен с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии после завершения ЛХЭ в раннем послеоперационном периоде. У 3 больных с крупными конкрементами после неудачных попыток эндохирургического удаления потребовался переход на лапаротомию с открытой холедохолитотомией. Все больные этой группы находились в стационаре в срок от 7 до 17 дней и были выписаны в удовлетворительном состоянии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТОДИГЕСТИВНЫХ СВИЩАХ

Холецистодигестивные свищи являются крайне редкими, но наиболее сложными ситуациями, с которыми сталкивается эндохирург при проведении лапароскопической холецистэктомии. На собственном материале холецистодигестивные свищи зарегистрированы в 4 случаях (0,3%), в 2 случаях имелись холецистодуоденальные свищи и в 2 — холецистотолстокишечные. Лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить в 2 наблюдениях, причем в одном из них дефект в двенадцатиперстной кишке был ушит, а в другом, у больного 78 лет с острым гангренозным холециститом, дефект в кишке не был замечен, и больной взят на лапаротомию только через сутки после эндоскопического вмешательства с явлениями разлитого фибринозного перитонита. Несмотря на проведенную операцию и интенсивную терапию, на 3 сутки был зарегистрирован летальный исход. В двух случаях у больных с холецистотолстокишечными свищами был выполнен переход на лапаротомию с благоприятным исходом. Таким образом, из 92 наблюдений нестандартных лапароскопических холецистэктомий летальный исход наблюдался в одном (1,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является золотым стандартом в лечении желчно-каменной болезни. К немногим недостаткам этого вмешательства следует отнести необходимость в ряде случаев перехода на лапаротомию и опасность повреждения общего желчного протока. Основопологающим принципом проведения лапароскопического вмешательства является постоянная готовность к переходу на лапаротомию, что считается признаком профессиональной зрелости хирурга. Пришедшее из «открытой хирургии» правило «видеть и понимать» как нельзя лучше подходит и к эндоскопическому вмешательству. В то же время сегодня уже не оспаривается, что «открытая хирургия» сопровождается достоверно более высокой частотой осложнений и летальных исходов, что заставляет стремиться к расширению показаний к лапароскопическому вмешательству. С этих позиций отработка методики трудных (нестандартных) лапароскопических холецистэктомий представляет важную практическую задачу.

Литература

1. *Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под ред. акад. В.Д. Федорова. - СПб.: Коста, 2004.*
2. *Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.*
3. *Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. — СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002.*

4. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.
5. Bailer R., Flowers J. *Complications of laparoscopic surgery*. — St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 1995.

Поступила в редакцию 15.06.05.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT NON-STANDARD SITUATIONS

N.V. Tashkinov, K.J. Shchurov, A.S. Danenkov,
D.D. Bekzhanov, A.A. Revotas

Far Eastern State Medical University, City Hospital No. 11
(Khabarovsk)

Summary — Since 1996 to 2005 1524 laparoscopic cholecystectomies were done in the cases of the acute and chronic cholecystitis. Non-standard situations were observed at 92 cases (6%) among which 35 patients were with severe adhesive and inflammatory processes in choledochal area, 27 — with Mirizzi syndrome of I and II type, 26 — with choledocholithiasis found intraoperatively and 4 — with choledochal-bowel fistulas. Conversion was done in 17 cases (1.1%). In other cases operation was finished laparoscopically. Authors' opinion, that modeling of technique in difficult (non-standard) laparoscopic cholecystectomies is the important practical task.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 1, p. 74-77.

УДК618.14-006.36-089.819.1

В.В. Фролов

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ - СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Приморская краевая клиническая больница № 1
(г. Владивосток)

Ключевые слова: миома матки, эмболизация,
поливинилалкоголь.

Миома матки — доброкачественное новообразование, возникающее из гладкомышечных клеток, встречается у 13—15% женщин до 40 лет, а в старших возрастных группах — более чем у 50% [2, 5]. Данная патология является наиболее частым показанием к оперативному лечению. Чаще всего для лечения миом применяется гистерэктомия, выполняемая как лапароскопическим, так и открытым способом. Альтернативой гистерэктомии является органосохраняющая миомэктомия, которая, однако, технически выполняется только при относительно небольших размерах узлов, связана со значительной кровопотерей, большим риском осложнений и рецидива заболевания. Почти 20—25% женщин после миомэктомии в разные сроки выполняется гистерэктомия. Отдаленными последствиями удаления матки являются вегетоневротические расстройства, связанные с угнетением функций яичников в результате их острой ишемии [6].

Эмболизация маточных артерий для лечения миом матки впервые была предложена J.H. Ravina et al. [7]. Они сообщили о 16 вмешательствах. В качестве эмболизирующего агента использовались частицы поливинилалкоголя, вводившиеся через катетер, селективно установленный в маточную артерию. При последующем наблюдении (в среднем в течение 20 месяцев) симптомы, связанные с миомой, исчезли у 11 из 16 пациенток. В настоящее время в США и в странах Западной Европы проведены многоцентровые исследования, доказавшие эффективность эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки. В нашей стране этот способ лечения также находит все более широкое применение [1, 3, 5].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности эмболизации маточных артерий. Обследовано 27 больных с миомой матки в возрасте от 26 до 44 лет с клиническими проявлениями заболевания в виде гиперполименореи и (или) менометроррагии. Эмболизация маточных артерий проводилась пациентам с абсолютными показаниями к оперативному лечению, которые по различным причинам отказывались от последнего. В 21 случае были диагностированы множественные миомы матки, в 6 — выявлены одиночные узлы интрамуральной локализации.

Кроме общеклинических обследований, необходимых для проведения оперативного вмешательства, всем больным определяли состояние свертывающей системы крови, производили аспирационную биопсию эндометрия, выполняли ультразвуковое исследование органов малого таза трансабдоминальным и трансвагинальным датчиками. Размеры миомы матки варьировали от 8—12 до 18—20 недель беременности.

Ангиографическое исследование выполняли в рентгенохирургической операционной, оснащенной цифровым ангиографическим аппаратом ADVAN TX LCV+ (General Electric, США). После премедикации под местной анестезией проводили пункцию, катетеризацию и установку интродьюсера в правую общую бедренную артерию по стандартной методике Сельдингера. Всем пациенткам перед эмболизацией выполнялась ангиография терминального отдела аорты, общих, наружных и внутренних подвздошных артерий и их ветвей с обеих сторон. Ангиографическое исследование явилось последним и заключительным этапом и окончательно определило локализацию и степень поражения. Во всех случаях для эмболизации маточных артерий использовались частицы поливинилалкоголя. Для выполнения диагностической ангиографии применялся катетер «Pigtail» 6F, а для эмболизации маточных артерий катетеры различной конфигурации 5F—6F. Для улучшения визуализации и суперселективной катетеризации маточной артерии исследование выполняли в правой или левой кривой проекциях под углом 20—35°. После суперселективной катетеризации маточной артерии выполняли ангиографию.

Эмболизация маточных артерий с обеих сторон одновременно была выполнена в 26 случаях. В одном