

УДК 616.366-002-06-089.81

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

О.В. Перерва^{1,2}, В.Б. Шуматов², В.И. Макаров², К.В. Стегний², Е.В. Ракович², В.М. Шумейко², О.Н. Дмитриев³

¹Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России (690022 г. Владивосток, пр-т 100 лет Владивостоку, 161), ²Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ³Городская клиническая больница № 2 (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 576)

Ключевые слова: холецистит, осложнения, лапароскопическая холецистэктомия.

Проведен анализ результатов лечения 170 больных 18–92 лет с осложненными формами острого холецистита. На первом этапе 43 пациентам с деструктивным холециститом и механической желтухой, а также 3 пациентам с деструктивным панкреатитом выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия и литоэкстракция. В 5 случаях проведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря. Все пациенты оперированы лапароскопически. В 36 наблюдениях во время операции обнаружен рыхлый, в 39 наблюдениях – плотный перивезикальный инфильтрат. Умер 1 пациент (0,6 %). Делается заключение о приоритетности минимально-инвазивных вмешательств при осложненных формах желчно-каменной болезни и остром холецистите.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при хроническом калькулезном холецистите является операцией выбора у большинства больных. Вместе с тем к лапароскопическим вмешательствам при осложненных формах острого холецистита подавляющее большинство хирургов относится с осторожностью. При длительности острого холецистита свыше 2–3 суток и позднем обращении больных за медицинской помощью увеличивается риск воспалительных осложнений в зоне желчного пузыря. Объективным фактором, сдерживающим применение лапароскопических вмешательств у этой категории больных, является опасность неконтролируемого кровотечения и повреждения внепеченочных желчных протоков, что обусловлено тяжелыми патоморфологическими изменениями в зоне воспалительного инфильтрата. Однако летальность при открытых операциях по поводу осложненного холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых лапароскопических вмешательствах, и достигает 7–13,5 % [1–3]. Именно последнее обстоятельство побуждает все большее число хирургов к выбору эндовидеохирургических методов лечения больных осложненными формами холелитиаза [1, 2, 4–12].

Материал и методы. За последние 5 лет на базе клиники факультетской хирургии ВГМУ по поводу острого и хронического холецистита ЛХЭ проведена 765 пациентам. Настоящее исследование основано на анализе результатов эндовидеохирургического лечения 170 пациентов (41 мужчина и 129 женщин) в возрасте от 18 до 92 лет с осложненными формами острого холецистита. Все пациенты были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям с диагнозом

«острый холецистит». От начала приступа более в правом подреберье до поступления у 9 человек (6,4 %) прошло менее 24 часов, у 28 (20 %) – до 3 суток, у 29 (20,7 %) – до 7 суток. В остальных случаях от появления болевого синдрома до госпитализации проходило больше недели. Средняя продолжительность заболевания до поступления в стационар составила $5,6 \pm 2,0$ суток. Всем пациентам выполняли эзофагодуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и биохимический анализ крови.

Деструктивный холецистит диагностирован у 163 больных (95,9 %), водянка желчного пузыря выявлена в 7 наблюдениях (4,1 %). У 46 человек (27,2 %) отмечена механическая желтуха. Среди ее причин фигурировали холедохолитиаз (18 случаев), стриктура большого сосочка двенадцатиперстной кишки (15 случаев) и сочетание этих патологических процессов (13 случаев). Гнойный холангит зарегистрирован у 7 пациентов (4,1 %). У 61 больного во время операции обнаружен паравезикальный инфильтрат, при этом в 36 наблюдениях он был рыхлый, а в 39 – плотный. В 5 случаях при плотном инфильтрате в области тела желчного пузыря обнаружены паравезикальные абсцессы. В 10 наблюдениях (5,9 %) течение холецистита осложнилось острым панкреатитом. Сочетание двух и более осложнений отмечено более чем у половины больных.

У 112 пациентов пожилого и старческого возраста отмечена следующая сопутствующая патология: гипертоническая болезнь (82), ишемическая болезнь сердца (61), сахарный диабет (14), ожирение (39), заболевания легких (2), цирроз печени (20), хронический пиелонефрит (2).

Результаты исследования. При выборе хирургической тактики особое значение придавали динамическому ультразвуковому исследованию. Поскольку основным патогенетическим моментом деструктивного холецистита является окклюзия шейки и воронки желчного пузыря, выявление при контрольной сонографии признаков сохраняющейся обтурации рассматривали как показание к срочной операции даже при клинко-лабораторных признаках купирования приступа. Подобная тактика, клинически отработанная нами в течение последних 5 лет, позволила уменьшить число запоздалых операций при деструктивном холецистите почти в 5 раз, а число послеоперационных осложнений – в 4 раза.

Период от госпитализации до ЛХЭ или манипуляций на большом дуоденальном сосочке использовали

для интенсивной предоперационной подготовки (антибактериальная, инфузионная, кардиотропная и антиферментная терапия). 3 пациентам с конкрементами большого дуоденального сосочка и билиарным панкреатитом в течение 12 часов от момента поступления выполнены экстренная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция. У остальных 43 больных с механической желтухой перечисленные манипуляции выполнены на 2–3-и сутки. У 7 пациентов этой группы выявлен гнойный холангит. После эндоскопической папиллосфинктеротомии и экстракции конкрементов из общего желчного протока им были проведены назобилиарное дренирование, санация желчевыводящих протоков антибактериальными препаратами и водным раствором хлоргексидина, а на 4–5-е сутки, после снижения билирубинемии, успешно выполнена ЛХЭ.

В 5 случаях с деструктивной формой холецистита в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в 1-е сутки после поступления под контролем ультразвука осуществлена чрескожная чреспеченочная холецистостомия. Декомпрессия желчного пузыря и желчевыводящих протоков позволила быстро ликвидировать интоксикацию, стабилизировать параметры гемодинамики и в дальнейшем выполнить ЛХЭ.

Таким образом, 124 из 170 больных осложненными формами острого холецистита перенесли одномоментную ЛХЭ. Двухэтапная тактика использована в 46 случаях: на первом этапе 41 пациенту проведены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и экстракция конкрементов, а 5 пациентам – чрескожная чреспеченочная холецистостомия; второй этап – ЛХЭ.

Вследствие технических трудностей у 5 больных (2,3 %) с плотным инфильтратом потребовалась конверсия. В одном из этих случаев кроме инфильтрата в области желчного пузыря при лапароскопии диагностированы серозный перитонит и вздутие кишечника. После лапаротомии обнаружены обтурация подвздошной кишки желчным камнем, холецистодуоденальный свищ, эмпиема желчного пузыря и паравезикальный абсцесс. Проведены энтеротомия, литоэкстракция и холецистэктомия с ликвидацией свища; к ложу желчного пузыря подведен тампон и дренаж.

Послеоперационные осложнения выявлены у 6 пациентов (3,5 %): нагноение операционной раны, через которую извлекали желчный пузырь (3 случая), послеоперационный панкреатит (1 случай), подпеченочный абсцесс (1 случай). Последний был выявлен на 10-е сутки после ЛХЭ, пациент повторно госпитализирован, проведены чрескожное дренирование и санация абсцесса: выписан с выздоровлением. Длительное желчеистечение из ложа желчного пузыря по дренажу, установленному через культю пузырного протока, в результате желчной гипертензии наблюдали у 1 больной. При эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии у нее были обнаружены стриктура большого дуоденального сосочка и дополнительный желчный

проток, расположенный в зоне удаленного пузыря (после эндоскопической папиллосфинктеротомии желчеистечение прекратилось).

Смерть (на 2-е сутки после ЛХЭ) зарегистрирована на нашем материале в 1 случае (0,6 %), причина – обширный трансмуральный инфаркт миокарда.

Обсуждение полученных данных. Непосредственные результаты применения эндовидеохирургических методов при осложненном холецистите были в целом положительные. Анализ накопленного клинического материала показывает, что 95 % больных острым холециститом обращаются за медицинской помощью слишком поздно – с деструктивными формами заболевания. Это определяет необходимость активной неотложной хирургической тактики. Следует отметить, что из 137 случаев поздней госпитализации в 48 (35 %) локальная мышечная защита в правом подреберье, снижена болевая реакция, не удавалось выявить контуры увеличенного желчного пузыря, отсутствовали повышенная температура и симптомы раздражения брюшины. Опыт нашей клиники убеждает в том, что залогом успеха ЛХЭ при остром холецистите являются два фактора: срок от начала заболевания до операции и квалификация хирурга.

Оценивая возможности ЛХЭ при остром деструктивном холецистите, следует учитывать специфику манипулирования в области желчного пузыря, общего желчного и общего печеночного протоков на фоне воспалительного деструктивного процесса. Поскольку во всех наблюдениях на собственном материале был выявлен обтурационный холецистит, пациентам после обзорной ревизии брюшной полости и разделения рыхлых сращений для удобства манипуляции осуществляли пункцию желчного пузыря. Разделение рыхлых сращений крючком или диссектором при длительности заболевания до 6 суток не вызывало технических трудностей.

Плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков при деструктивном холецистите формируется, как правило, после 6-х суток заболевания и может осложняться паравезикальным абсцессом. В ходе ЛХЭ здесь возникают технические сложности, связанные с повышенной кровоточивостью тканей и затрудненным осмотром.

Таким образом, по нашему мнению, в лечении осложненных форм калькулезного холецистита предпочтение следует отдавать малоинвазивным эндовидеохирургическим методам.

Литература

1. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. и др. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом // *Хирургия*. 2005. №10. С. 40–45.
2. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.И. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // *Хирургия*. 2005. № 1. С. 43–48.
3. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение // *Вестник РГМУ*. 2000. № 3. С. 21–26.

4. Бударин В.И. Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии // Хирургия. 2005. № 5. С. 35–38.
 5. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Савинова Н.И. и др. Новые технологии в диагностике и лечении осложненных форм холецистохолангиолитиаза // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Алматы. 2006. С. 112.
 6. Ташинов Н.В., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И. и др. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом у пациентов пожилого и старческого возраста // Дальневосточный медицинский журнал. 2009. № 1. С. 44–46.
 7. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Колесников С.А. и др. Результаты миниинвазивных операций в хирургии желчных путей // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11, № 1. С. 34–38.
 8. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Анналы хирургической гепатологии. 2004. Т. 9, № 2. С. 159–160.
 9. Ярема И.В., Карцев А.Г., Сергейко А.А. и др. Профилактика осложненной лапароскопических холецистэктомий // Анналы хирургической гепатологии. 2000. Т. 4, № 1. С. 56–61.
 10. Ben Temime L., Krichen A., Ben Moussa M. et al. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy // Tunis Med. 2004. Vol. 82, No. 5. P. 446–452.
 11. Shamiyeh A., Wayand W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment // Langenbecks Arch. Surg. 2004. Vol. 389, No. 3. P. 164–171.
 12. Wolnerhanssen B.K., Ackermann C., Guenin M.O. et al. Twelve years of laparoscopic cholecystectomy // Chirurg. 2005. Vol. 76, No. 3. P. 263–269.
- Поступила в редакцию 22.03.2011.
- LOW-INVASIVE SURGERY IN TREATMENT OF COMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS**
O.V. Pererva^{1,2}, V.B. Shumatov², V.I. Makarov², K.V. Stegnyy², E.V. Rakovich², V.M. Shumeiko², O.N. Dmitriev³
¹Far Eastern District Medical Centre of the Federal Medical Biological Agency of Russia (161 100 Year Anniversary of Vladivostok Av. Vladivostok 690022 Russia), ²Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ³Municipal Clinical Hospital No. 2 (57b Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia)
Summary – The authors have analysed results of treatment of 170 patients aged 18 to 92 years with complicated forms of acute cholecystitis. The endoscopic retrograde cholangiopancreatography, papillosphincterotomy and litoextraction were administered at the first stage to 43 patients with destructive cholecystitis and obstructive jaundice, and to 3 patients with destructive pancreatitis. There was a need to perform percutaneous transhepatic drainage of the bile cyst in 5 cases. All the patients were operated by means of laparoscopy. In 36 cases the surgery showed loose and in 39 cases dense perivesical infiltration. One patient died (0.6%). The authors make a conclusion about the priority of minimally invasive surgery in case of complicated forms of cholelithiasis and acute cholecystitis.
Key words: cholecystitis, complications, laparoscopic cholecystectomy.
Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 71–73.

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОДНОПОРТОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

К.В. Стегний¹, С.А. Стужин², А.А. Крекотень², В.И. Макаров¹, В.М. Шумейко¹, А.Н. Вишневская³

¹Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток пр-т Острякова, 2),

²Отделенческая клиническая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690003 г. Владивосток,

ул. Верхнепортовая, 25), ³Приморская краевая клиническая больница № 1 (690091 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

Ключевые слова: лапароскопия, единый доступ, холецистэктомия.

Представлен первый опыт проведения лапароскопических вмешательств из единого доступа. Выполнено 14 холецистэктомий и 4 кистэктомии. Использовался набор S-portal (R. Storz). Все вмешательства прошли без осложнений, заживление ран – первичным натяжением. Отмечаются преимущества единого лапароскопического доступа и сложности, связанные с малым углом атаки инструментов и невозможностью их вращения.

Единый лапароэндоскопический доступ – LESS (Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery) – является одним из вариантов нового направления малоинвазивной хирургии брюшной полости. Его развитие стало возможным благодаря многолетнему опыту лапароскопических вмешательств, наличию современного оборудования и стремлению хирургов к выполнению операций с минимальной травмой и максимальным косметическим результатом. Эндовидеохирургические операции при желчно-каменной болезни и «малые» гинекологические операции являются золотым стандартом современной хирургии. Вместе с тем стремление к дальнейшему

уменьшению травматичности операции заставляет искать новые пути развития эндовидеохирургии. Особое внимание в последнее время здесь уделяется вопросам использования однопортовых устройств [1]

Для данного вида операций используется специальный порт, который представляет собой гибкую герметичную платформу и размещается в пределах маленького разреза в пупочном кольце. Через отверстие в этой платформе хирург может вводить в брюшную полость до трех–четырех (трипорт и квадрупорт) лапароскопических инструментов – например, лапароскоп, ножницы и зажимы. Особенность этого порта исключает потребность в нескольких разрезах для инструментов, действующих одновременно.

Хирургия единого лапароскопического доступа требует такого же времени, как и стандартные лапароскопические операции, хотя техника подобных вмешательств сложнее. Главное преимущество – хороший косметический результат, хотя не стоит забывать и о других потенциальных преимуществах – меньшая боль, меньший риск раневой инфекции и более быстрое восстановление пациента после операции.