

## МИНИ-ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*В. А. Кулиш, А. Я. Коровин, А. Н. Манжос, В. В. Нарсия*

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 2467 пациентов. Применялась этапная лечебная тактика с использованием мини-инвазивных технологий. Конверсия наблюдалась в 11 (0,4 %) случаях, госпитальная летальность в 1,1 %. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных с деструктивным осложненным холециститом.

*Ключевые слова:* лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, холедохолитиаз, острый панкреатит.

## MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

*V. A. Kulich, A. Ja. Korovin, A. N. Manchgos, V. V. Narsija*

Laparoscopic cholecystectomy was performed on 2467 patients with acute cholecystitis. All complications were managed by minimally invasive technologies. A conversion was observed in 11 (0,4 %) cases, mortality was at 1,1 %. Thus we can make a conclusion that at this modern stage of endosurgery laparoscopic surgery becomes a treatment of choice for management of acute cholecystitis.

*Key words:* laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, choledocholithiasis, acute pancreatitis.

Острый осложненный холецистит остается основной проблемой в лечении больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ). У большинства больных пожилого и старческого возраста с этой патологией, помимо основного, нередко имеются сопутствующие заболевания. Механическая желтуха, гнойный холангит и острый панкреатит усугубляют общее состояние пациентов. Мультифокальная соматическая патология существенно ограничивает прогресс хирургической тактики и лечения деструктивного холецистита у этой категории больных. У большей части больных пожилого и старческого возраста наблюдается несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря, даже развитие перипузырных гнойных осложнений и перитонита протекает асимптомно [2, 3, 5, 6]. Наряду с обоснованным патогенетическим представлением об инициальном существовании острого обтурационного калькулезного холецистита как пускового механизма развития деструктивного холецистита, особое значение отводится «сосудистому фактору», когда развитие деструкции в стенке желчного пузыря происходит без присутствия желчно-каменной болезни. В этих случаях клинико-сонографическая картина деструктивного холецистита не оставляет времени для обсуждения метода лечения — операция становится безальтернативной [1—6]. С учетом того, что у 80—85 % пациентов этой категории степень операционно-анестезиологического риска по ASA достигает III—IV степени, обнадеживающим направлением является ультразвуковая диапневтика. Вместе с тем декомпрессионные операции при деструктивном холецистите под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) не отвечают требованиям радикальности и более чем в 50 % случаев сопровождаются осложнениями. Но эти вмешательства

могут рассматриваться в качестве первого этапа мини-инвазивного лечения, позволяющего стабилизировать воспалительный процесс при реальном УЗИ-мониторинге и увеличить интервал для компенсации соматической патологии и принятия решений в конкретной ситуации [5, 6].

При традиционной хирургической тактике уровень послеоперационных осложнений достигает 44 %, а при осложненном течении заболевания летальность составляет 20—45,7 % [1, 3]. Парадоксально, но лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ), обладая определенными преимуществами перед «открытыми» операциями, некоторыми хирургами до настоящего времени считается противопоказанной при остром холецистите. Это мнение основывается на существовании реальных технических трудностей при выполнении ЛСХЭ при остром холецистите и несовершенства методологии и технических приемов видеолапароскопической операции [1, 3, 7—9].

Существование нерешенных вопросов хирургической тактики, несовершенство эндохирургических технологических приемов, непопулярность мини-инвазивных технологий лечения деструктивного холецистита — все это делает проблему лечения острого холецистита актуальной.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить алгоритм обследования и лечения больных с холециститом с использованием мини-инвазивных технологий.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В Краснодарской больнице скорой медицинской помощи произведено 2467 ЛСХЭ по поводу острого холецистита и его осложнений. Все больные были госпитализированы в стационар в экстренном порядке; из них ранее 24 часов с момента заболевания — 498 (20,2 %), позднее

24 часов — 1969 (79,8 %). Женщин было 1481, мужчин — 986. Возраст больных от 17 до 94 лет. До 60 лет — 1258 (51 %), 60—70 лет — 792 (32,1 %), старше 70 лет — 417 (16,9 %). Большинство пациентов (78,8 %) имели сопутствующую патологию.

Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 970 (39,3 %) больных, из них: флегмонозный холецистит — у 632 (65,2 %), эмпиема желчного пузыря — у 229 (23,6 %), гангренозный холецистит — у 109 (11,2 %). Осложнения острого холецистита были у 617 (25 %) больных.

Абсолютным противопоказанием к ЛСХЭ считали разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Всем больным выполнена ЛСХЭ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных с послеоперационными рубцами после предшествующих операций в верхних отделах брюшной полости иглу Вереща вводим в точке пересечения левой реберной дуги и наружного края левой прямой мышцы живота, а также в правой и левой подвздошной области (в зоне минимального развития спаечного процесса — согласно нашему опыту). После наложения карбоксиперитонеума в этой же точке производим троакарную пункцию и вводим лапароскоп для ревизии брюшной полости. Наличие спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости не является противопоказанием к выполнению ЛСХЭ. Из технических особенностей здесь можно отметить более частое применение электроотсоса, биполярного зажима и ножниц для препаровки тканей.

Наличие инфильтрата затрудняет визуализацию анатомических образований. В этих условиях для диссекции элементов треугольника Кало мы использовали гидропрепаровку наконечником электроотсоса. Разделение инфильтрата, особенно в области шейки желчного пузыря, с применением коагуляции является крайне опасным и может использоваться только после визуализации и идентификации анатомических структур. Технической особенностью, используемой при работе с перивезикальным инфильтратом, является принципиальный отказ от клипирования пузырного протока. Инфильтрированные ткани легко прорезываются клипсами — как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде, что может приводить к развитию нежелательных последствий — желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Поэтому инициально обрабатывался пузырный проток, а после его пересечения на культю протока накладывали по две петли Редера из рассасывающего шовного материала. Такой вариант дает возможность достигнуть надежной окклюзии просвета трубчатых структур. При наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удается разделить «тупым» способом, при грубом изменении топографо-анатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связи и треугольника Кало — выполняли ЛСХЭ в лапароскопической модификации «от

дна». При этом желчный пузырь пересекали в области шейки, выделяли из ложа в печени и удаляли его, а затем мобилизовали пузырный проток. В процессе выделения деструктивно измененного желчного пузыря из ложа в печени может возникнуть обильное диффузное кровотечение. В этой ситуации используем аргоно-плазменную коагуляцию, а также тампонаду кровоточащей поверхности печени гемостатической губкой. Капиллярное кровотечение в ложе пузыря дополнительно останавливается электрокоагуляцией.

Важным этапом операции при остром холецистите является рентгенодиагностика патологии внепеченочных желчных протоков. В хирургической среде нет общего мнения, какому исследованию — интраоперационной холангиографии (ИОХГ) или ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) — изначально отдавать предпочтение для выявления сочетанной с острым холециститом патологии внепеченочных желчных протоков. Недостатком ИОХГ считается опасность перфорации общего желчного протока (ОЖП) катетером, а также то, что интраоперационное введение катетера через культю пузырного протока крайне длительно и затруднительно — тем самым значительно удлиняется время операции. Дооперационное выполнение РХПГ удлиняет период подготовки пациентов с острым холециститом к операции. Высокая инвазивность исследования в 2,2—5 % случаев способствует развитию осложнений, таких как острый панкреатит, острый холангит, панкреонекроз, которые приводят к летальному исходу в 0,2—0,3 % случаев. Поэтому в повседневной практике отдаем предпочтение выполнению ИОХГ, так как считаем, что исходно необходимо ликвидировать очаг воспаления и санировать брюшную полость. ИОХГ была выполнена у 740 (30,0 %) пациентов. Показаниями к выполнению ИОХГ считали механическую желтуху в анамнезе, гипербилирубинемию, гипертрансaminaземию, холедохолитиаз или расширение холедоха свыше 7 мм; по данным УЗИ признаки желчной гипертензии интраоперационно и расширение пузырного протока свыше 3 мм; наличие мелких (менее 5 мм) конкрементов в желчном пузыре; синдром Мириizzi; сложность визуальной идентификации пузырного протока и общего печеночного протока (ОПП); выраженные инфильтративные изменения гепатодуоденальной связи; острый холангит; острый и хронический холепанкреатит.

Дренирование ОЖП осуществляли по Халстеду-Пиковскому, через культю пузырного протока градуированным катетером Fg 4-7 через просвет контрольного дренажа. Дренаж фиксировали к культе протока травматической нитью 4/0 путем прошивания за культю протока с интракорпоральным завязыванием узлов. Контрастирование выполняли водорастворимым контрастом в разведении физиологическим раствором 1:1, что в определенном смысле является профилактикой рефлюкс-панкреатита. Дренирование ОЖП и выполнение ИОХГ по отработанной методике занимает 15—20 минут (рис. 1). Нам удалось выполнить ИОХГ по предлагаемой методике в 96,4 % показанных случаев. Перфо-

раций катетером ОЖП отмечено не было. В послеоперационном периоде после выполнения контрольной холангиографии на 8—10-е сутки убирали внутренний дренаж, контрольный дренаж извлекали на 10—11-е сутки.

При выполнении ИОХГ были получены следующие результаты. Холедохолитиаз был диагностирован у 400 (16,2 %) пациентов, причем бессимптомный — у 49

(2%). Стриктуры терминального отдела холедоха и папиллостеноз отмечены у 180 (7,3 %) больных, бессимптомные — у 111 (4,5 %). Сочетание холедохолитиаза и стриктур холедоха отмечено у 37 (1,5 %) пациентов. При диагностике патологии внепеченочных желчных протоков разработан алгоритм действий, который сводится к максимальному использованию мини-инвазивных технологий (рис. 2).

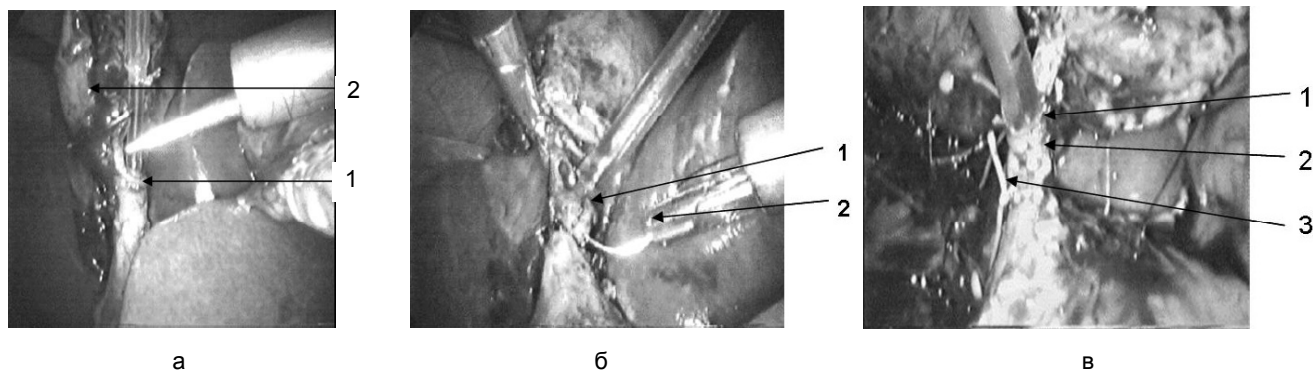


Рис 1. Дренажирование общего желчного протока по Халстеду-Пиковскому:

а: 1 — дренаж вводится через пузырный проток, 2 — желчный пузырь; б: 1 — дренаж проведен через пузырный проток, 2 — прошивание культи пузырного протока; в: 1 — страховочный дренаж подшит к краю культи пузырного протока, 2 — культи пузырного протока; 3 — фиксирующая лигатура на уровне манжетки дренажа

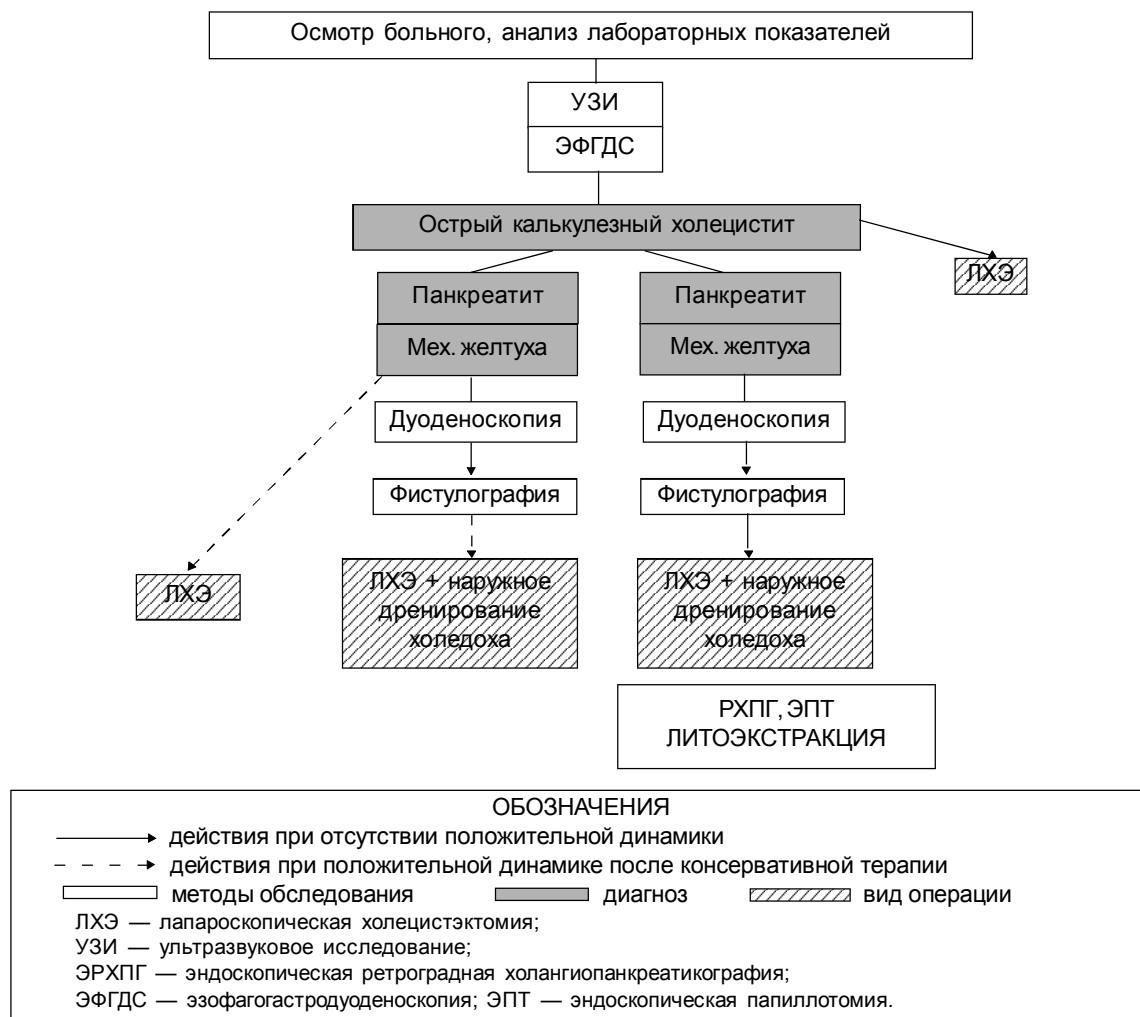


Рис. 2. Лечебный и диагностический алгоритм у больных с острым холециститом

Конверсия наблюдалась в 11 (0,4 %) случаях. Основными причинами конверсии явились: наличие непреодолимого плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, ведущего к грубым нарушениям топографо-анатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало — 4 (0,15 %) случая; кровотечение, не останавливаемое эндохирургическими методами — у 5 (0,2 %) пациентов; ятрогенные повреждения ОЖП — у 3 (0,1 %).

В послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 94 больных (3,8 %): желчеистечение в послеоперационном периоде (наружный желчный свищ) — у 25 (1 %) пациентов; нагноение троакарных ран — у 19 (0,7 %); абсцессы ложа пузыря — у 21 (0,9 %), правосторонний экссудативный плеврит — у 5 (0,2 %), ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость — у 2 (0,1 %) больных. Общая летальность составила 1,1 %. Причины летальности экстраабдоминальные.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Уровень интра- и послеоперационных осложнений при ЛСХЭ, выполненной при остром холецистите и его осложнениях, составил 9 %, а госпитальная летальность 1,1 %, что значительно ниже уровня аналогичных показателей традиционных «открытых» операций.

2. Спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости и подпеченочный перивезикальный инфильтрат не являются противопоказаниями к ЛСХЭ.

3. У больных с острым холециститом ИОХГ предпочтительнее дооперационного выполнения РХПГ.

4. При выявлении у больных с острым холециститом патологии внепеченочных желчных протоков необходимо максимально использовать возможности миниинвазивных технологий.

5. На современном этапе развития эндохирургии ЛСХЭ является операцией выбора у больных с деструктивным осложненным холециститом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Видеоэндохирургические вмешательства на органах груди и забрюшинного пространства. — СПб., 2002. — 416 с.
2. Борисов А. Е., Кубачев К. Г., Комарницкий В. М. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2007. — № 3 — С. 48—49.
3. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. — в 2 т. — СПб.: Скифия, 2003. — 488 с.
4. Грубник В. В., Ильяшенко В. В. // *Хирургия*. — 1998. — № 3. — С. 7—9.
5. Карпачев А. А., Прокофьева А. В. // *Фундаментальные исследования*. — 2007. — № 2. — С. 90—92.
6. Федоров И. В., Славин Л. Е., Чузунов А. Н. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. — М.: Триада-Х, 2003. — 80 с.
7. Berci G., Sackier J. M. // *Am. J. Surg.* — 1991. — № 161. — P. 382—384.
8. Cameron J. C., Gadaez T. R. // *Ann. Surg.* — 1991. — P. 214—251.
9. Eimiller A. // *Endoscopy*. — 1992. — Vol. 24, № 1—2. — P. 176—184.

## Контактная информация

**Коровин Александр Яковлевич** — д. м. н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО КубГМУ, e-mail: kuman52@mail.ru