

В.С. Петров, А.В. Тобохов, В.Н. Николаев

ОСОБЕННОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТО- МИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

УДК 616.381-072.1:616.366-002

Приведены результаты анализа случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни по материалам Национального медицинского центра РС (Я) за 2008 - 2013 гг. Срочная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проводилась при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 12—24 ч. У больных с осложненными формами холецистита была использована тактика двухэтапного лечения с применением на втором этапе ЛХЭ. Проведенное исследование показало, что при сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная ЛХЭ может быть успешно применена.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия.

Results of the analysis of cases of surgical treatment of gallstone disease based on the National Medical Center of the Republic of Sakha (Yakutia) for 2008 - 2013 are presented. Due to inefficiency of conservative treatment during 12-24 hours the urgent laparoscopic cholecystectomy (LCE) was conducted. For patients with complicated forms of cholecystitis a two-stage treatment with LCE on the second stage was conducted. The study showed that the combination of acute cholecystitis disease with hepatoduodenopancreatic zone the urgent LCE can be successfully applied.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy.

Введение. Острый холецистит вносит свои коррективы в технику лапароскопической холецистэктомии и по-прежнему остается одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии [1]. Выраженная инфильтрация и повышенная кровоточивость тканей, неадекватная визуализация и плохая дифференциация структур, которые отмечаются при операции у больных с острым холециститом, существенно повышают риск хирургического вмешательства и диктуют необходимость разработки ряда технических приемов, способствующих успешному и безопасному выполнению лапароскопической операции при остром холецистите.

Материалы и методы исследования. В работе приведены результаты анализа 2778 случаев хирургического лечения желчнокаменной болезни по материалам Национального медицинского центра Республики Саха (Якутия) за 2008 - 2013 гг. Средний возраст пациентов составил 49,2 года. Среди пациентов подавляющее большинство составляли женщины – 2303 (82,9%), мужчин было 475 (17,1%).

Показания к проведению срочной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в основном не отличались от

показаний к «открытой» срочной операции: при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 12—24 ч мы прибегали к срочной ЛХЭ, если от начала приступа прошло не более 2 сут [1]. Необходимо отметить, что попытки консервативно купировать приступ острого холецистита предпринимались только при отсутствии у больных разлитого перитонита. Основным аргументирующим фактором, склоняющим нас к проведению или отказу от выполнения срочной лапароскопической операции, наряду с неэффективностью консервативного лечения, была продолжительность заболевания от начала приступа. Ориентируясь именно на этот показатель, а также на клиническую картину заболевания, судили о степени возможных изменений в перипузырных тканях и вероятности выполнения срочной ЛХЭ.

В ряде случаев осложненного острого холецистита возникает необходимость применения двухэтапной хирургической тактики: наружного или внутреннего дренирования желчных протоков с последующим выполнением отсроченной ЛХЭ. Для выполнения на первом этапе декомпрессии желчного пузыря мы отдаем предпочтение методике чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем (ЧЧМХС) как наиболее щадящему и оптимальному способу. Основными преимуществами ЧЧМХС перед лапароскопической микрохолецистостомией являются малоинвазивность вмешательства, отсутствие необходимости в наложении пневмоперитонеума и специальной подготовке больного, возможность ее

проведения в условиях перивезикулярного инфильтрата. После пункции и дренирования желчного пузыря проводилась антеградная холецистохолангиография. Исследование, проводимое под контролем рентгеноскопии, давало возможность в первую очередь получить информацию о расположении катетера в желчном пузыре. Исследование состояния внепеченочных желчных протоков проводили методом антеградной холецистохолангиографии. При неинформативности антеградного рентгеноконтрастирования («блокированный» пузырный проток), при желтухе или данных анамнеза, указывающих на частые обострения панкреатита, эпизоды желтух, выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

При определении сроков проведения второго этапа оперативного вмешательства, прежде всего, ориентировались на данные специальных методов исследования. Результаты динамического ультразвукового исследования и антеградной холецистохолангиографии позволяли объективно оценить динамику воспалительного процесса, состояние желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, перивезикулярных тканей, функциональное состояние печени. При остром холецистите, осложненном механической желтухой, оперативное вмешательство, как правило, старались выполнять через 3 недели после нормализации пигментного обмена печени.

Результаты исследований и их обсуждение. У 123 (4,4%) больных с осложненными формами холецистита была использована тактика двух-

ПЕТРОВ Валерий Сергеевич – к.м.н., генеральный директор ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины»; **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», avtobohov@mail.ru; **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент СВФУ им. М.К. Аммосова.

этапного лечения с применением на втором этапе ЛХЭ. Возраст больных колебался от 48 до 76 лет, при этом пациенты пожилого и старческого возраста составляли подавляющее большинство – 91 (74,0%) чел. У большинства пациентов, 109 (88,6%) чел., отмечались заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Сочетание осложненного острого холецистита и сопутствующей терапевтической патологии у этих больных характеризовалось развитием синдрома взаимного отягощения, что требовало проведения комплексной корригирующей терапии перед малоинвазивным хирургическим вмешательством.

Комбинированное исследование желчных протоков позволило у 77 (2,8%) больных выявить холедохолитиаз, в одном случае сочетающийся со стенозом большого дуоденального сосочка. У всех 77 больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с коррекцией патологии внепеченочных желчных протоков, у 19 больных наряду с ЭПСТ – эндоскопическая литоэкстракция, у остальных после ЭПСТ наблюдалось самостоятельное отхождение конкрементов.

ЛХЭ была выполнена в сроки от 7 до 35 сут после наложения ЧЧМХС. Средняя длительность дооперационной госпитализации составила $23,5 \pm 1,8$ дня.

Спаечный перипроцесс вокруг желчного пузыря был выявлен на операции у подавляющего большинства больных с острым холециститом, а у 45 (10,5%) больных желчный пузырь находился в инфильтрате различной степени выраженности, образованном, как правило, большим сальником, желудком и двенадцатиперстной кишкой. Выделение желчного пузыря из спаек, инфильтрата начинали с захвата видимого участка стенки желчного пузыря и осторожного смещения мягким зажимом или тупфером перипузырных тканей. Это довольно легко удавалось при рыхлом инфильтрате и «нежных» спайках. При более плотных сращениях использовали электрокрючок, электроножницы или электродиссектор. По мере разделения спаек и инфильтрата, выделения желчного пузыря оценивали характер и степень его изменений, топографо-анатомические взаимоотношения, возможности визуализации и доступа к шейке пузыря, гепатодуоденальной связке, воротам печени. С этой целью меняли положение операционного стола (поднятие головного конца, ротация вдоль про-

дольной оси влево, выдвижение подпеченочного операционного валика), корректировали расположение и вид используемых троакаров, принимали решение о необходимости введения дополнительного троакара.

Показаниями к введению 5-го дополнительного инструмента – эндоскопического ретрактора Endo Retract – являлись неадекватное выведение и визуализация шейки пузыря, ворот печени, препятствующая безопасному манипулированию и препарированию тканей в этой области. Наиболее часто подобная операционная ситуация имела место при перипузырном инфильтрате с резко отечными и инфильтрированными тканями, при расположении Гартмановского кармана ниже гепатодуоденальной связки. Кроме того, необходимость введения дополнительного инструмента возникает в ходе операции у тучных больных с гипертрофированным большим сальником, закрывающим операционное поле. Место введения эндоскопического ретрактора выбирали индивидуально с учетом конкретной топографо-анатомической картины. Обычно эндоскопический ретрактор вводили через дополнительный 10-миллиметровый троакар, который устанавливали в левом подреберье на 3–4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии.

При анализе топографо-анатомических и технических аспектов препарирования и идентификации пузырного протока и артерии при остром холецистите был установлен ряд закономерностей. В 75% наблюдений пузырный проток соединяется с общим печеночным под острым углом в 45° , в 17–20% он может проходить параллельно общему печеночному и в 5–8% пересекает пространство спереди или сзади общего желчного протока, впадая с левой стороны. Несмотря на то, что ни в одном из 430 случаев ЛХЭ при остром холецистите нам не встретилось истинных аномалий желчевыводящих путей, в целом спаечный процесс в виде инфильтрата в области гепатодуоденальной связки создает совершенно нетипичные топографо-анатомические взаимоотношения холедоха и пузырного протока. Наиболее частой ошибкой при выделении пузырного протока, которая приводит к повреждению общего желчного протока, является медиальное и верхнедорсальное натяжение Гартмановского кармана, что способствует его смещению к воротам печени. Это приводит к сближе-

нию шейки желчного пузыря с общим печеночным протоком, тем самым вызывая уменьшение угла впадения пузырного протока. При этом при использовании лапароскопической оптики с углом наклона 0° общий желчный проток кажется продолжением пузырного и располагается с ним в одной плоскости. Учитывая этот механизм повреждения общего желчного протока, тракцию Гартмановского кармана желчного пузыря производили в латеральном или латерально-вентральном направлении. Это способствовало увеличению угла между пузырным и общим печеночным протоками, а также расположению плоскости треугольника Calot по оси зрения камеры лапароскопа.

В первую очередь мы старались выделить и идентифицировать пузырный проток. После клипирования и пересечения пузырного протока шейка желчного пузыря становилась мобильной, что позволяет выделять пузырную артерию на достаточном протяжении. Такой прием дает возможность в случае кровотечения адекватно визуализировать область прохождения артерии, обнаружить источник кровотечения и провести прицельный гемостаз.

Значительные трудности могут возникнуть на этапе выделения желчного пузыря из ложа печени. Прослойка рыхлой соединительной ткани между стенкой желчного пузыря и тканью печени в результате воспалительного процесса подвергается значительным изменениям. Наряду с грубым фиброзным перерождением отмечается выраженная инфильтрация. Выделение желчного пузыря следует производить с тщательной коагуляцией ложа, соблюдая осторожность во избежание повреждения правой печеночной артерии или правого печеночного протока, которые проходят в непосредственной близости от ложа желчного пузыря. После выделения желчного пузыря следует оставить участок соединительной ткани в месте прикрепления дна желчного пузыря к печени. Удерживая этот участок зажимом, введенным через латеральный троакар, приподнимаем печень вверх для осмотра ложа желчного пузыря.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная ЛХЭ может быть успешно применена; наиболее целесообразно ее выполнение при некупирующемся приступе, при отсутствии грубых ин-

филтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы. Говоря о безопасности выполнения ЛХЭ, особенностях и технических аспектах ее выполнения больным с острым холециститом, необходимо учитывать, что с развитием и внедрением эндоскопической хирургии изменился лишь метод удаления желчного пузыря, а сущность самой операции, холецистэктомии, осталась прежней. В связи с этим основным путем улучшения результатов ЛХЭ остается тщательнейшее соблюдение действующих уже более 100 лет прин-

ципов операций на желчном пузыре и желчных протоках.

Выводы

1. При сочетании острого холецистита с заболеваниями гепатодуоденопанкреатической зоны срочная ЛХЭ может быть успешно применена. При этом наиболее целесообразно ее выполнение при отсутствии грубых инфилтративно-рубцовых перипузырных изменений и патологии билиарной протоковой системы;

2. С развитием и внедрением эндоскопической хирургии изменился лишь метод удаления желчного пузыря, а

сущность самой операции, холецистэктомии, осталась прежней.

Литература

1. Шуркалин. Б.К. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии / Б.К. Шуркалин, А.Г. Кригер, Э.Р. Ованесян // Анналы хир. гепатологии. – 2004. – Т.9, №1. – С. 110-114.

Shurkalin B.K. A ten-year long experience of laparoscopic cholecystectomy / B.K. Shurkalin, A.G. Krieger, E.R. Hovhannisyan // Annals of Surgical Hepatology. – 2004. – V. 9, №1. – P. 110-114.

2. Madan A.K. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? / A.K. Madan, S. Aliabadi-Wahle, D. Tesi // The Am. J. of Surg. – 2002. – V.183, №3. – P.232-236.

НАШИ ЮБИЛЯРЫ

К.С. Гаврильева

ШТРИХИ К ПОРТРЕТУ ПЕРВОГО НЕЙРОГЕНЕТИКА ЯКУТИИ М.Н. КОРОТОВА (к 80-летию со дня рождения)



1 мая 2015 г. исполнилось 80 лет ветерану неврологической службы, заслуженному врачу Республики Саха (Якутия) Мефодию Николаевичу Коротову.

Десятки лет профессионального и товарищеского общения с Мефодием Николаевичем – вполне достаточный срок, дающий нам право сказать несколько слов о нем как об удивительно скромном, высокоодаренном, интересном человеке и враче.

Мефодий Николаевич удивляет своей неизменностью самому себе, своему выбору, стремлением к научному поиску, постоянным совершенствованием врачебной деятельности, преданностью своей профессии, которой он отдал почти полвека, и товарищам, коллегам по работе.

Для сельского юноши дорога в загадочный, притягивающий мир практической медицины открылась в 1959 г., когда Мефодий Николаевич окончил якутское медицинское училище и вер-

нулся в родной Сунтарский улус заведующим фельдшерско-акушерским пунктом п. Крестях, в 1967 г. окончил медицинский факультет, а в последующем – клиническую ординатуру ЯГУ, выбрав специальностью неврологию.

Вся дальнейшая профессиональная судьба Мефодия Николаевича, начиная с 1967 г., неразрывно связана с работой в Республиканской клинической больнице в качестве врача невролога энцефалитного, неврологического, нейрососудистого отделений, а в последние годы в Республиканском Герiatricком центре и консультантом в медико-генетической консультации РБ№1 – Национального центра медицины. Как опытный невролог он объездил всю республику, выполняя экстренные вызовы по линии санитарной авиации.

На протяжении многих лет, работая в энцефалитном отделении, Мефодий Николаевич вместе со своими коллегами развивал комплексный подход к решению клинических и эпидемиологических проблем вилюйского энцефалита, что легло в основу создания системы для диагностики типичных форм данной краевой патологии.

Мефодий Николаевич – пионер изучения целого ряда нервных болезней, имеющих семейную наследственную природу среди якутской популяции, является непосредственным участником многочисленных экспедиций по нашей республике с участием ведущих отечественных и зарубежных ученых.

Занимаясь исследованием клинических и эпидемиологических аспек-

тов вилюйского энцефалита и наследственной мозжечковой атаксии, Мефодий Николаевич особое внимание уделял выявлению популяционно-генетической природы и клинического полиморфизма данных заболеваний, искал подходы к разработке профилактических мероприятий по снижению уровня генетического груза в популяции.

Практическим итогом данных исследований нейрогенетика Коротова М.Н. стала совместная реализация масштабного проекта по созданию республиканского регистра больных с наследственными заболеваниями нервной системы и внедрение в практику алгоритма медико-генетического консультирования семей с высоким риском рождения детей с наследственной патологией.

М.Н. Коротов является признанным авторитетом в области диагностики моногенной наследственной патологии в Якутии. Им впервые в регионе выявлена группа нейродегенеративных заболеваний, таких как спиноцеребеллярная атаксия 1-го типа, окулофарингеальная мышечная дистрофия, миотоническая дистрофия, наследственная спастическая паралимпия Штрюмпеля, бульбо-спинальная амиотрофия Кеннеди и др., и проведена их клиническая диагностика, получившая дальнейшее подтверждение молекулярно-генетическими исследованиями.

Мефодий Николаевич – автор более 40 научных работ, врач невролог высшей квалификационной категории, носит почетное звание «Заслуженный