

## МЕСТО СУБТОТАЛЬНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

*Гетманчук С.М., Дулько А.А., Коротчикова Н.В., Климчук В.Е.,  
Денищик В.М., Михалькевич Р.В., Ушкевич Д.Л.,  
Дробот В.С., Прошурович Д.А.*

*УЗ «Брестская областная клиническая больница», г. Брест, Республика  
Беларусь*

**Введение.** Проблема лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) сохраняет актуальность по сегодняшний день вследствие своей распространенности. По данным статистических исследований последних лет, 10—15% больных в мире страдают ЖКБ. В экономически развитых странах холецистэктомия (ХЭ) остается наиболее часто выполняемой операцией. В России в последние десятилетия ежегодно выполняют около 110 тыс. холецистэктомий. ХЭ в США подвергается ежегодно от 350 000 до 500 000 человек, летальность в случаях острого холецистита (ОХ) варьирует от 0,4 до 3,0 %. Сравнительно низкая летальность в большинстве стран достигнута в том числе за счет раннего выполнения операций в плановом порядке и широкого внедрения миниинвазивных хирургических технологий. Деструктивные формы ОХ встречаются у 20 до 60% пациентов, как в общей популяции, так и у пожилых больных. Тяжелые формы ОХ (перфоративный холецистит, инфильтрат, абсцесс, перитонит и пр.) сопровождаются высокими показателями осложнений и смертности. Операции у таких пациентов длятся значительно дольше; частота конверсии операционного доступа практически в 3 раза чаще; число послеоперационных осложнений больше в 4 раза, послеоперационная летальность выше в 8 раз.

**Цель.** Оценить первые результаты внедрения в клиническую практику субтотальной холецистэктомии, как одного из возможных вариантов профилактики интраоперационного повреждения желчных путей.

**Материалы и методы.** В хирургические отделения Брестской областной клинической больницы за 2017-2022гг. и 7 месяцев 2023 г. госпитализировано 4417 пациентов с желчекаменной болезнью. Мужчин 1148 (26%), женщин 3269 (74%), из них хронических 3616 (82%), острых 801 (18%). Столь низкое число оперативных вмешательств по поводу острого холецистита объясняется тем, что хирургические отделения оказывают преимущественно плановую помощь. Оперировано по поводу острого холецистита 698 (87%). Лапароскопических операций при остром холецистите выполнено 503 (72%), открытых 185 (28%). Столь высокий процент открытых вмешательств объясняется следующим: в эту группу вошли пациенты с ОХ, изначально оперированные на желчных протоках с явлениями холангита, билиодигестивными свищами, у которых изначально планировались реконструктивные операции на желчных путях. Все операции выполнены с

использованием лапароскопического оборудования фирмы Olympus. При наличии выраженных воспалительных изменений в области гепатодуоденальной связки и отсутствия возможности идентификации ее элементов осуществлялся переход к стратегии безопасной холецистэктомии. Основное количество повреждений трубчатых элементов пришлось во время до внедрения в нашей клинике субтотальной холецистэктомии. Все повреждения распознаны во время операции. При повреждении желчных путей выполнен гепатикоюноанастомоз на отключенной петле по Ру, поврежденная правая печеночная артерия лигирована. Осложнений не было. С 2016 года в клинике стремимся придерживаться принципа CVS (Critical View of Safety), считая это необходимым условием для безопасного проведения вмешательства.

**Результаты.** Пациенты с ОХ оперированы в разные сроки от начала заболевания. Операции выполнены хирургами имеющими стаж активной хирургической работы от 2 до 30 лет. Конверсия выполнена в 11 (1,5 %) случаях и связана в 4 (36%) случаях с повреждением билиарных структур, а в 1 (9%) случае при повреждении правой печеночной артерии. Все повреждения 5 (1%) произошли при лапароскопических операциях. В остальных 6 (55%) случаях связаны с невозможностью продолжения безопасной операции в условиях воспалительных изменений в зоне операционного действия. Все повреждения распознаны во время операции. При повреждении желчных путей выполнен гепатикоюноанастомоз на отключенной петле по Ру, поврежденная правая печеночная артерия лигирована. Осложнений не было. Одним из элементов CVS является переход в критической ситуации к выполнению субтотальной холецистэктомии, которая была выполнена у 10 (1,4%) пациентов, из них 9 (90%) случаев выполнены лапароскопически, в 1(10%) случае выполнена конверсия лапароскопической холецистэктомии в открытую. У 3 (30%) пациентов выполнена «субтотальная холецистэктомия с открытым трактом» - не ушивалась культя оставшейся части шейки желчного пузыря и у 7 (70%) «субтотальная холецистэктомия с закрытым трактом» - с ушиванием ее. Операции заканчивались дренированием правого подреберья дренажем 32 F. В послеоперационном периоде желчеистечение развилось у 4 (40%) пациентов, которое продолжалось от 3 до 9 дней с тенденцией к уменьшению. После «открытого» варианта желчеистечение развилось у 1 (10%), а после «закрытого» у 3 (30%). Повторных операций в связи с послеоперационными осложнениями не было. В разные сроки у 2 (20%) пациентов перенесших субтотальную холецистэктомию выявлен остаточный холелитиаз в области оставленной части желчного пузыря, без клинической симптоматики.

**Обсуждения.** Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является золотым стандартом операции для пациентов с желчнокаменной болезнью и представляет собой одно из наиболее распространенных вмешательств, выполняемых во всем мире как в плановых, так и в неотложных условиях практически во всех хирургических стационарах. Одними из наиболее

опасных осложнений холецистэктомии, не имеющих тенденции к снижению, являются повреждения желчных протоков и сосудов (0,4–1,5% случаев). При открытом варианте операции их число меньше (0,2–0,3% случаев). С введением в клиническую практику ЛХ был всплеск интраоперационных травм желчных протоков и сосудов, который по мере накопления опыта снижался. Обращает на себя внимание, что наиболее тяжелые повреждения желчных протоков, печеночных артерий или воротной вены часто возникают после перехода от лапароскопии к открытой холецистэктомии. Именно поэтому, в ситуации, когда хирург не может обеспечить визуальный контроль трубчатых структур в области шейки ЖП, возникают показания к изменению первоначального плана операции и переходу к выполнению субтотальной холецистэктомии. В основе операции лежит отказ от выделения пузырного протока и пузырной артерии в условиях воспалительного инфильтрата. Пересечение стенки ЖП осуществляется максимально близко к его шейке, чтобы оставшаяся часть была как можно меньше. Необходимо по возможности удалить конкременты. По возможности следует выполнять субтотальную холецистэктомию закрытым трактом, учитывая, что в современной литературе сообщается о меньшей частоте осложнений по сравнению с субтотальной холецистэктомией с открытым трактом. Такой вариант субтотальной холецистэктомии сопровождается достоверно меньшим количеством желчных свищей. В последнее время отмечается рост интереса к субтотальной холецистэктомии, что заметно по количеству публикаций. В среднем частота перехода к данному оперативному вмешательству составляет 0,5% от всех случаев холецистэктомий. Более высокая частота субтотальной холецистэктомии в нашем случае (1,4%) возможно объясняется более расширенными показаниями к этой операции на этапе освоения методики.

**Выводы.** Одной из возможностей профилактики повреждений билиарного дерева является переход в сложной ситуации к выполнению субтотальной холецистэктомии, что по нашему мнению способно уменьшить количество билиоваскулярных повреждений в хирургии ОХ.