

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
ГУ «1134 Военный медицинский центр ВС РБ»<sup>2</sup>

**Б**урное развитие эндоскопической хирургии в последние десятилетие позволило коренным образом пересмотреть отношение клиницистов к проблеме лечения многих заболеваний органов брюшной полости и это, прежде всего, относится к проблеме желчнокаменной болезни.

Актуальность проблемы проявляется в полной мере при анализе сухих статистических цифр: заболеваемость желчнокаменной болезнью составляет 5-6 человек на 1000, холецистэктомия является вторым по частоте (после аппендэктомии) вмешательством. За последние 10-20 лет отмечен рост заболеваемости острым холециститом. В настоящее время это наиболее распространенное ургентное хирургическое заболевание с высокой послеоперационной летальностью (от 2-14%), которая не проявляет тенденции к снижению.

Еще 10-15 лет назад хирургическое вмешательство по поводу симптоматического холелитиаза представляла собой серьезную, весьма травматичную операцию со своими показаниями, противопоказаниями, осложнениями и даже летальным исходом.

Особенно это относилось к лечению больных пожилого и старческого возраста, у которых эти операции становились крайне рискованными, что в значительной степени определяло сдержанную хирургическую тактику. Нередко хирурги были вынуждены отказаться от радикальной операции в пользу менее травматичного паллиативного пособия (пункции желчного пузыря, холецистостомии) или длительного консервативного лечения. Не лучше обстояли дела и с бессимптомным калькулезным холециститом (так называемым камненосителем), операции по поводу которого чаще считались необоснованными. При этом мы забывали слова Мейо о том, что «безопасных желчных камней не бывает» и каждый хронический калькулезный холецистит следует рассматривать как предраковое состояние желчного пузыря и только активная хирургическая санация хронического холецистита независимо от клинических форм (скрытое течение или с болевым синдромом) служит профилактикой злокачественных заболеваний желчевыводящей системы.

В свою очередь, повсеместное использование ультразвуковых методов диагностики заболеваний органов брюшной полости способствует ежегодному увеличению числа потенциальных клиентов хирургических стационаров с камнями в желчном пузыре. Внедрение в клиническую практику лапароскопической хирургии (Муррей, 1986 г. в Германии и Ю.И. Галлигер, 1991 г. в России) совершило в буквальном смысле революционный переворот в лечении этого широко распространенного заболевания, выявляя многочисленные и не-

споримые преимущества данной методики по сравнению с открытым вмешательством. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия в большинстве клиник, в которых хирурги владеют этой методикой, бывает успешной в 92-97%. Соответственно частота конверсии (перехода к открытому вмешательству при невозможности продолжать манипуляции лапароскопически) колеблется в пределах 3-8%. Поэтому сегодня лапароскопическая холецистэктомия является так называемым «золотым стандартом» эндовидеохирургии, позволяющим существенно улучшить результаты хирургического лечения больных холецистохоледохолитеазом.

### Материал и методы

Нами начато освоение методики лапароскопической холецистэктомии – 31 августа 2005 г., когда было выполнено вмешательство по поводу хронического калькулезного холецистита у женщины 54 лет.

Мы располагаем опытом лечения 61 больного, которым одной бригадой хирургов из двух человек выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Лапароскопические вмешательства производили по четырехпортовой (американской) методике с использованием стандартного лапароскопического оборудования фирмы «Элепс» г. Казань. Среди прооперированных больных было 27 женщин в возрасте от 23 до 73 лет и 34 мужчины от 30 до 82 лет. Большинство составляли пациенты трудоспособного возраста (64 %). Длительность анамнеза заболевания составляло от 1 года до 25 лет, в среднем – 3,5 года.

Всем поступившим больным было проведено комплексное клиническое обследование с использованием традиционных лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых диагностических методов. В качестве дополнительных методов исследования некоторым больным (4 чел) проводили эзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию, компьютерную томографию, в одном случае – интраоперационную холангиографию.

### Результаты и обсуждение

В начальный период освоения методики осуществлялся предоперационный отбор пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, у большинства из которых в анамнезе было от одного до трех неярко выраженных приступов желчной колики или симптомов желудочного дискомфорта, что послужило причиной обращения к хирургу. Как правило, хирургическое лечение этой категории больных не представляло значительных трудностей. По мере накопления опыта контингент больных пополнялся лицами пожилого и старческого возраста 17 человек (26,2 %), имеющих сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертен-

зия, бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, сахарный диабет. У этой категории больных внутрибрюшное давление не повышалось более 8 мм ртутного столба.

Особую группу составили больные, у которых были предшествующие операции: 1 – резекция желудка по поводу язвы желудка, осложненной кровотечением, 2 – субтотальная резекция желудка по поводу рака желудка – в этих случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 1 больного с предшествующей лапаротомией по поводу закрытой травмы живота с резекцией тонкой кишки, попытка удаления желчного пузыря лапароскопически оказалась безуспешной из-за тотального спаечного процесса, была выполнена видеоассистированная холецистэктомия с применением минидоступа. Длительность операции в этих случаях увеличивалась до 180 минут. Средняя продолжительность выполняемых лапароскопических холецистэктомий составила 67,5± 22,5 минут. Наибольшие трудности представили 12 пациентов, с осложненным течением желчнокаменной болезни. Острое воспаление желчного пузыря отмечалось в 9 случаях, при этом эмпиема желчного пузыря – 6. В этой группе больных преобладали пациенты до 60 лет. В 3 случаях осуществлялся переход к открытой операции, и мы не считаем это неудачей лапароскопического вмешательства, называя создавшуюся ситуацию «разумной конверсией».

При успешной ЛХЭ в случаях осложненного холецистолитиаза, выполнялась интраоперационная пункция желчного пузыря с удалением его содержимого, что значительно облегчало дальнейшие манипуляции. Его Размеры желчного пузыря при этом составляли от 70мм до 160мм с выраженным напряжением, отеком и воспаленной стенкой. Интраоперационная холангиография выполнена у пациентки 65 лет с острым калькулезным холециститом и однократной желтухой в анамнезе. В группе больных, у которых во время операции диагностированы признаки острого холецистита, проводилась предоперационная антибиотикотерапия с последующим назначением антибиотиков в течение 3-5 дней. В других случаях антибиотики не назначались.

**Особенности, встречающиеся при выполнении ЛХЭ в нашем опыте**

При перифокальном воспалении висцеролиз выполнялся в 13 случаях. В 3 случаях наблюдалось интрапеченочное расположение желчного пузыря. Выявленные у одного больного, при ревизии ложа желчного пузыря, ходы Люшке – клипированы. В трех случаях выявлены особенности отхождения пузырной артерии, которая дважды оказалась парной и в одном случае отходила от общей печеночной артерии.

При выпадении камней в брюшную полость во время выделения желчного пузыря, при помощи лапароскопических зажимов последние помещались в контейнер, дефект желчного пузыря клипировался.

С целью повышения эффективности лечения больных желчнокаменной болезнью при наличии сочетанной патологии органов брюшной полости четырем па-

циентам при ЛХЭ выполнены симультанные операции. В одном случае трансабдоминальная преперитонеальная паховая герниопластика справа, а в трех случаях грыжесечение и пластика апоневроза по Мейо при сопутствующей пупочной грыже.

Все выполненные нами лапароскопические операции заканчивались постановкой контрольного дренажа к ложу желчного пузыря. Ходить больному разрешалось в первые сутки после операции. В это же время осуществлялось удаление дренажа из брюшной полости. Прием пищи осуществлялся на вторые сутки, начиная с нулевого стола. Выписка из стационара производилась на 5-8 сутки.

Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде в двух случаях наблюдалось нагноение троакарных проколов в околопупочной области у лиц, страдающих сахарным диабетом.

#### Выводы

1. Таким образом, на основании приобретенного нами опыта, можно утверждать, что ЛХЭ сегодня является наиболее распространенной операцией при хроническом холецистолитиазе, а по мере совершенствования навыков ЛХЭ – и при остром холецистите.

2. Своевременный переход к открытой лапаротомии не считаем неудачей лапароскопического вмешательства, называя создавшуюся ситуацию «разумной конверсией».

3. Отсутствие в нашем опыте интраоперационных осложнений во время освоения методики и приобретения навыков ЛХЭ стало возможным при участии в этих операциях специалистов, владеющих в совершенстве техникой лапароскопических вмешательств.

#### Литература

1. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / под ред. А. С. Балалыкина. М., 1996.
2. Луцевич, О. Э., Гордеев, С. А., Прохоров, Ю. А. Эндовидеохирургические методики в лечении больных желчнокаменной болезнью // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2007. № 7. С. 16.
3. Хаджибаев, А. М., Алиджанов, Ф. Б., Архипова, Н. У., Хамимаев, М. А., Бойназаров, И. Х. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2006. № 12. С. 27 – 30.
4. Прудков, И. Д., Ходаков, В. В., Прудков, М. И. Очерки лапароскопической хирургии. Свердловск, 1974. 112 с.
5. Бударин, В. Н. Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2005. № 5. С. 35 – 38.
6. Ветшев, П. С., Шулуток, А. М., Прудков, М. И. Хирургическое лечение холелитиаза: незываемые принципы, щадящие технологии // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2005. № 8. С. 91 – 94.
7. Страхов, А. В., Градусов, В. П., Тулисов, С. А., Зубеев, П. С. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при миниинвазивных вмешательствах по поводу хронического холецистита // Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.И. 2006. № 2. С. 10 – 13.