



УДК 616.367 - 089

Н.В. Ташкинов, В.Е. Бак

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ПРИБРАМУ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Городская клиническая больница №11, ул. Аксенова, 41, тел.: 8(4212) 53-61-30, г. Хабаровск*

Несмотря на большие успехи эндовидеохирургии в лечении острого и хронического калькулезного холецистита, многие авторы выделяют в качестве противопоказаний к проведению ЛХЭ такие сложные ситуации, как плотный воспалительный инфильтрат, рубцово-склерозированный желчный пузырь, холецистохоледохеальные и холецистодигестивные свищи, цирроз печени и т. д. [1- 3, 5, 14]. Это связано со значительно более высокой частотой осложнений, что заставляет отказываться от выполнения эндовидеохирургического вмешательства в пользу «открытого» удаления желчного пузыря [4, 7]. В то же время, проведение «открытой» холецистэктомии у этих больных сопровождается значительно более высокой частотой осложнений и летальных исходов по сравнению с ЛХЭ вследствие более высокой травматичности «открытого» вмешательства [10, 12, 13].

Одним из путей, позволяющих уменьшить опасность операции лапароскопического удаления желчного пузыря при нестандартных ситуациях, является холецистэктомия по методу Прибрама. Эта операция была предложена автором в начале XX в. и заключалась в оставлении части желчного пузыря, интимно спаянного с желчевыводящими протоками и другими важными структурами, с целью уменьшения частоты осложнений [15]. В последующем

холецистэктомия по методу Прибрама нашла относительно широкое применение в «открытой» хирургии. Что касается эндовидеохирургии, то в литературе последних лет имеется небольшое количество исследований, посвященных применению ЛХЭ по методу Прибрама [6, 8, 9, 16]. В то же время, большинство из этих работ основано на небольшом количестве наблюдений, что не позволяет авторам делать обобщающие выводы, касающиеся различных аспектов проведения ЛХЭ по методу Прибрама.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 2292 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, перенесших хирургические и эндовидеохирургические вмешательства за период с января 1996 по декабрь 2010 г. Все больные были разделены на две группы.

В контрольную группу вошли 296 больных, оперированных с января 1996 по сентябрь 2001 г. В этот период времени основным методом лечения острого и хронического холецистита была стандартная ЛХЭ от дна или от шейки. При невозможности проведения ЛХЭ выполнялась холецистэктомия «открытым» способом.

В основную группу вошли 1953 больных, оперированных с октября 2001 по декабрь 2010 г. В этой группе больных тактика лечения заключалась в попытке проведения стандартной ЛХЭ, при невозможности осуществления которой выполнялась не «открытая» холецистэктомия, а ЛХЭ по методу Прибрама.

Результаты и обсуждение

ЛХЭ по методу Прибрама выполнялась с клипированием (лигированием) и без клипирования (лигирования) пузырного протока (табл. 1). Показания к ЛХЭ по методу Прибрама с клипированием (лигированием) и без клипи-

Таблица 1

Варианты лапароскопической холецистэктомии
по методу Прибрама

Варианты ЛХЭ по методу Прибрама	Кол-во больных (абс., %)
ЛХЭ с клипированием (лигированием) пузырного протока	38 (61,3)
ЛХЭ без клипирования (лигирования) пузырного протока	24 (38,7)
Всего больных	62 (100)

рования (лигирования) пузырного протока представлены в табл. 2 и 3. Противопоказанием к ЛХЭ по методу Прибрама мы считаем небольшой опыт (менее 50 ЛХЭ) проведения стандартной ЛХЭ и гангренозные изменения со стороны оставляемой части желчного пузыря.

Важным критерием оценки эффективности применения ЛХЭ по методу Прибрама являлась частота перехода на лапаротомию в основной и контрольной группах (табл. 4).

Другим критерием оценки эффективности применения ЛХЭ по методу Прибрама являлась частота местных осложнений (табл. 5). В качестве критериев осложнений мы руководствовались рекомендациями Всероссийского съезда хирургов в Краснодаре (1995 г.), где указывалось, что осложнение лапароскопических хирургических вмешательств — это такое ухудшение состояния или здоровья больного, которое является прямым следствием операции, требует изменения тактики и сопровождается увеличением продолжительности лечения [11].

Все случаи местных осложнений после ЛХЭ по Прибраму удалось излечить с помощью консервативной терапии или применения малоинвазивных вмешательств (табл. 6).

Одним из наиболее опасных осложнений ЛХЭ является повреждение гепатикохоледоха. Сравнительная оценка частоты повреждений гепатикохоледоха в группах больных до и после внедрения в практику ЛХЭ по методу Прибрама представлена в табл. 7. Также был проведен сравнительный анализ летальности после ЛХЭ в основной и контрольной группах (табл. 8).

Все летальные исходы наблюдались после проведения стандартных ЛХЭ и были связаны с гнойно-септическими осложнениями на почве повреждений гепатикохоледоха (5) и желчеистечения из брюшной полости (1), а также с тромбоэмболией легочной артерии (1).

Таблица 2

Показания к ЛХЭ по методу Прибрама с клипированием (лигированием) пузырного протока

Показания к ЛХЭ по методу Прибрама с клипированием (лигированием) пузырного протока	Кол-во больных
Острый калькулезный холецистит, осложненный плотным воспалительным инфильтратом	31
Острый калькулезный холецистит в сочетании с циррозом печени класса А и В по классификации Child-Pugh	5
Хронический калькулезный холецистит, осложненный холецистодуоденальной фистулой	2
Всего больных	38

Таблица 3

Показания к ЛХЭ по методу Прибрама без клипирования (лигирования) пузырного протока

Показания к ЛХЭ по методу Прибрама без клипирования (лигирования) пузырного протока	Кол-во больных
Острый холецистит, осложненный плотным воспалительным инфильтратом	14
Рубцово-склерозированный желчный пузырь	8
Холецистохоледохеальный свищ	2
Всего больных	24

Резюме

Анализируется опыт проведения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у 2249 больных с острым и хроническим холециститом, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 1953 пациента, которым за период с октября 2001 по декабрь 2010 г. выполнялась как стандартная ЛХЭ, так и ЛХЭ по методу Прибрама. В контрольную группу вошли 296 больных, которым за период с января 1996 по сентябрь 2001 г. выполняли стандартную ЛХЭ от шейки или от дна. За этот период времени ЛХЭ по методу Прибрама была произведена в 14 случаях хронического калькулезного холецистита в сочетании с холецистохоледохеальными и холецистодуоденальными свищами и рубцово-склерозированным желчным пузырем и в 48 случаях острого калькулезного холецистита в сочетании с плотным инфильтратом в области шейки пузыря или с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh. Применение лапароскопической холецистэктомии по Прибраму позволило статистически значимо уменьшить частоту переходов на лапаротомию с 9,5 до 1,1%, частоту повреждений гепатикохоледоха — с 0,68 до 0,20% и летальность в общей группе больных — с 0,68 до 0,26%.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия по Прибраму.

N.V. Tashkinov, V.E. Bak

PRIBRAM LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE AND CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Far Eastern state medical university;
Hospital № 11, Khabarovsk

Summary

For a 15-year period, (1996-2010) 2249 patients were submitted to laparoscopic cholecystectomy for acute and chronic calculous cholecystitis. Since 2001 when Pribram laparoscopic cholecystectomy has been added to standard laparoscopic cholecystectomy, the rate of conversion to «open» surgery reduced from 9,5 to 1,1%, the rate of bile duct injuries decreased from 0,68% to 0,20% and total mortality rate decreased from 0,68 to 0,26%. The indications for Pribram laparoscopic cholecystectomy In 14 patients were chronic calculous cholecystitis in combination with cholecystocholedocheal fistula or cholecystoduodenal fistula, scar-sclerosal gallbladder and in 48 patients - acute calculous cholecystitis with dense infiltrate in the neck of gallbladder or liver cirrhosis class A B Shild - Pugh score.

Key words: acute calculous cholecystitis, chronic calculous cholecystitis, Pribram laparoscopic cholecystectomy.

Выводы

1. Показаниями к ЛХЭ по методу Прибрама являются плотный перивезикальный воспалительный инфильтрат, рубцово-склерозированный желчный пузырь, небольшие холецистохоледохеальные и холецистодуоденальные свищи, а также острый холецистит на фоне цирроза печени.

Таблица 4

Частота переходов на лапаротомию при остром и хроническом калькулезном холецистите в основной и контрольной группах

Группа больных	Кол-во попыток проведения ЛХЭ	Частота переходов на лапаротомию (абс., %)
Контрольная	327	31(9,5)
Основная	1974	21 (1,1)*

Примечание. * — различия между показателями статистически значимые ($p < 0,05$).

Таблица 5

Частота местных осложнений при ЛХЭ по методу Прибрама

Варианты ЛХЭ по методу Прибрама	Желчеистечение из брюшной полости	Абсцесс брюшной полости	Всего
ЛХЭ с клипированием (лигированием) пузырного протока (n=38)	1 (2,6%)	- (0%)	1 (2,6%)
ЛХЭ без клипирования (лигирования) пузырного протока (n=24)	13 (54,2%)	1 (4,2%)	13 (58,3%)
Всего (n=62)	14 (22,6%)	1 (1,6%)	15 (24,2%)

Таблица 6

Методы лечения местных осложнений после проведения ЛХЭ по методу Прибрама

Осложнения	Консервативное	ЭПСТ	ЭПСТ + релaparоскопия
Желчеистечение (n=14)	1	10	3
Абсцессы (n=1)	-	-	1
Всего (n=15)	1	10	4

2. Противопоказаниями к ЛХЭ по методу Прибрама являются небольшой опыт проведения стандартной ЛХЭ и гангренозные изменения со стороны оставляемой части желчного пузыря.

3. Желчеистечение из брюшной полости является характерным осложнением после проведения ЛХЭ по методу Прибрама без клипирования (лигирования) пузырного протока, которое наблюдается в 41,4% случаев. Основным методом лечения этого осложнения является срочное выполнение ЭПСТ.

4. Частота переходов на лапаротомию после внедрения в практику ЛХЭ по методу Прибрама статистически значимо уменьшилась с 9,5% в контрольной группе до 1,1% в основной группе.

5. Частота повреждений гепатикохоледох после внедрения в практику ЛХЭ по методу Прибрама статистически значимо уменьшилась с 0,68% в контрольной группе до 0,20% в основной группе.

6. Частота летальных исходов после внедрения в практику ЛХЭ по методу Прибрама статистически значимо уменьшилась с 0,68% в контрольной группе до 0,26% в основной группе.

Л и т е р а т у р а

1. Баулин А.А., Баулина Е.А., Николашин В.А. и др. Повреждение внепеченочных желчных путей: мат-лы

Таблица 7

Частота повреждений холедоха при остром и хроническом калькулезном холецистите в основной и контрольной группах

Группа больных	Кол-во ЛХЭ	Повреждения холедоха (абс., %)
Контрольная	296	2 (0,68)
Основная	1953	4 (0,20)*

Примечание. * — различия между показателями статистически значимые ($p < 0,05$).

Таблица 8

Летальность при остром и хроническом калькулезном холецистите в основной и контрольной группах

Группа больных	Кол-во ЛХЭ	Летальность (абс., %)
Контрольная	296	2 (0,68)
Основная	1953	5 (0,26)*

Примечание. * — различия между показателями статистически значимые ($p < 0,05$).

XIV съезда Общества эндоскопических хирургов России (Москва, 16-18 февраля 2011 г.) // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2011. - Т. 6, №1. - С. 102.

2. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. Лапароскопическая холецистэктомия // Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. - СПб.: Предприятие ЭФА, Янус, 2002. - С. 76-104.

3. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Ходос Г.В. Эндовидеохирургические технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложненных форм: избранные лекции по эндовидеохирургии [под ред. акад. В.Д. Федорова]. - СПб.: Фирма Коста, 2004. - С. 39-48.

4. Климов А.Е. Техника лапароскопической холецистэктомии как основной метод профилактики повреждений общего желчного протока при остром холецистите // Актуальные проблемы современной хирургии: мат-лы Междунар. хирург. конгр. (Москва, 22-25 февраля 2003 г.). - М., 2003. - С. 70.

5. Мармыш Г.Г., Польшинский А.А., Милешко М.И. и др. Причины конверсии при лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом: сб. тез. XII Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии (Москва, 23-25 апреля 2008 г.). - М., 2008. - С. 266-268.

6. Ташкинов Н.В., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И. и др. Пути улучшения результатов оперативного лечения острого калькулезного холецистита // Дальневост. мед. журнал. - 2010. - №1. - С. 37-39.

7. Уханов А.П., Чахмахчев С.Р., Яшина А.С. и др. Факторы риска повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии: науч. тр. XII Всерос. съезда эндоскопических хирургов (Москва, 18-20 февраля 2009 г.) // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 44-45.

8. Хабурзания А.К., Амеличкин М.А., Гвоздик В.В. и др. Синдром Мириizzi в эндоскопической хирургии: науч. тр. XII Всерос. съезда эндоскопических хирургов (Москва, 18-20 февраля 2009 г.) // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 27-28.

9. Чагаева З.И. Лапароскопическая холецистэктомия в комплексном лечении больных острым обтурационным холециститом: дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 2004. - 121 с.
10. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. 10-летний опыт выполнения лапароскопических операций // VIII Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии (Москва, 21-23 апреля 2004 г.): сб. тез. [под ред. проф. Ю.И. Галлингера]. - М., 2004. - С. 412-413.
11. Яблоков Е.Г. Рекомендации съезда по перспективе развития лапароскопической хирургии // Хирургия. - 1996. - №3. - С. 79-80.
12. Borzellino G., Tasselli S., Zerman G. Results of surgical treatment of acute cholecystitis. Prospective study of 280 cases // G. Chir. - 2002. - Vol. 23, №3. - P. 79-84.
13. El-Awadi S., El-Nakeeb A., Youssef T. et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy in cirrhotic patients: a prospective randomized study // Int.Surg. - 2009. - Vol. 7, №1. - P. 66-69.
14. Frantzides C. - Louis St., Mosby Laparoscopic and Toracoscopic Surgery. - 2000. - 319 p.
15. Pribram. Zur Technik der Mukoklase // Ztrbl. f. Chir. - 1923. - №17.
16. Razesu V. The difficult laparoscopic cholecystectomy - technical problems // Chirurgia (Bucut). - 2001. - Vol. 96, №6. - P. 559-562.
- Координаты для связи с авторами:** Ташинов Николай Владимирович — доктор мед. наук, проректор по науч. работе ДВГМУ, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС, тел.: 8(4212) 32-64-93; Бак Вячеслав Енчеевич — аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС.

