

УДК 616.366 – 007.87 – 072.1

СУБСЕРОЗНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ КАК СПОСОБ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Никоненко А. С.^{1,2}, Завгородний С. Н.², Головкин Н. Г.¹, Грушка В. А.¹, Клименко А. В.¹,
Гайдаржи Е. И.¹, Децьк Д. А.³, Русанов И. В.¹

¹Запорожский государственный медицинский университет

²ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

³Запорожская областная клиническая больница

Ключевые слова: субсерозная коагуляция, деваскуляризация желчного пузыря, лапароскопическая холецистэктомия

«Золотым стандартом» хирургического лечения неосложненного калькулезного холецистита признана лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [1, 2]. Более 90% всех оперативных вмешательств выполняется с помощью видеолапароскопической техники [3, 4]. Несмотря на достаточно большой опыт использования лапароскопических технологий в хирургии, некоторые технические аспекты выполнения операции не удовлетворяют хирургов и продолжают дискутироваться [5, 6]. Так, нерешенной остается проблема выбора метода деваскуляризации желчного пузыря, различные технические аспекты которого широко обсуждаются в публикациях и встречаются практически во всех изданиях по использованию ЛХЭ в лечении желчнокаменной болезни [2, 3]. Однако, до сих пор единого мнения относительно их эффективности и целесообразности не достигнуто. Подобная ситуация не может оставаться без внимания и требует поиска и внедрения новых хирургических способов выполнения оперативных вмешательств.

Цель работы

Разработать и внедрить новый способ деваскуляризации желчного пузыря путем субсерозной коагуляции мелких ветвей пузырной артерии при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и изучить эффективность его применения.

Материалы и методы

В работе представлены результаты лечения 3054 пациентов с калькулезным холециститом, которым в период с 1999 по 2011 гг. выполнена ЛХЭ. Средний возраст больных составил 56,3±4,2 лет. Показанием к ЛХЭ был хронический калькулезный холецистит (ХКХ) – у 2037(66,7%) больных, острый калькулезный хо-

лецистит (ОКХ) – у 1017(33,3%). В зависимости от способа деваскуляризации желчного пузыря все больные были разделены на 2 группы. У больных контрольной группы (n=2079) деваскуляризация желчного пузыря при ЛХЭ выполнялась по стандартной методике с обязательным выделением и клипированием основного ствола пузырной артерии. У пациентов основной группы (n=975) ЛХЭ выполнялась с применением разработанного в клинике способа деваскуляризации желчного пузыря путем субсерозной коагуляции мелких ветвей пузырной артерии без выделения и клипирования ее магистрального ствола (патент Украины № 37046).

Каждая из групп была разделена на 2 подгруппы: Ia и IIa – пациенты с хроническим холециститом, Ib и IIb – пациенты с острым холециститом. 1472(70,8%) пациентов с ХКХ и 607(29,2%) пациентов с ОКХ составили контрольную группу, 565(57,9%) больных с ХКХ и 410(42,1%) больных с ОКХ – основную.

Все подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, формам калькулезного холецистита, анестезиологическому обеспечению и отличались только методикой выполнения деваскуляризации желчного пузыря.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов ЛХЭ в раннем послеоперационном периоде показал преимущество и высокую эффективность применения предложенного способа деваскуляризации желчного пузыря.

Так, в контрольной группе в подгруппе Ia конверсия понадобилась у 28(1,9%) пациентов с хроническим калькулезным холециститом, лапаротомия в послеоперационном периоде у 6(0,4%) больных, у 4(0,3%) – в связи с повреждением внепеченочных желчных протоков (ВЖП). В подгруппе Ib конверсия понадобилась у 55(9,1%) больных острым калькулезным холециститом, лапаротомия в послеоперационном периоде – у 8(1,3%) пациентов: у 5(0,8%) – в связи с повреждением ВЖП.

В основной группе конверсия выполнена у 2(0,4%) с хроническим и у 6 (1,5%) пациентов с острым калькулезным холециститом. Лапаротомия в послеоперационном периоде понадобилась только у 3(0,7%) больных острым калькулезным холециститом: из них у 2(0,5%) – в связи с подтеканием желчи из ходов Люшка, у 1(0,2%) – в связи с внутрибрюшным кровотечением. Повреждений ВЖП в основной группе удалось избежать.

Выводы

1. Предложенный способ деваскуляризации

желчного пузыря при ЛХЭ путем субсерозной коагуляции мелких ветвей пузырной артерии без выделения и клипирования ее магистрального ствола является эффективным методом профилактики повреждений ВЖП и магистральных артериальных стволов (пузырной и печеночной артерий)

2. Представленный опыт и результаты выполнения ЛХЭ с применением субсерозной коагуляции мелких ветвей пузырной артерии позволяет считать методику эффективной, безопасной и рекомендовать как операцию выбора в хирургическом лечении больных калькулезным холециститом.

Литература

1. Донцов И. В. Ятрогенные повреждения жёлчных протоков / И. В. Донцов // Клінічна хірургія. – 2000. – № 10. – С. 31–33.
2. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А. В. Малоштан, В. В. Бойко, А. М. Тищенко, И. А. Криворучко. - Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
3. Ничитайло М. Е. Повреждения жёлчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс, И. П. Галочка // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 13–18.
4. Федоров И. В. Повреждение жёлчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / И. В. Федоров, Л. Е. Славин, А. Н. Чугунов. – М., Триада-Х, 2003. – 80 с.
5. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Б. К. Шуркалин, А. Г. Кригер, В. А. Горский, Э. Р. Ованесян, И. Л. Андрейцев, К. Э. Ржебаев // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 4. – С. 78–83.
6. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective nationwide series / S. Adamsen, O. H. Hansen, P. Funch-Jensen, S. Schuize // J. Am. Coll. Surg. – 1997. – Vol. 184. – P. 571–578.