

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРАЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА
(краткая версия)**

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РАСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
СТАНДАРТТАУ ОРТАЛЫҒЫ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2013

**Клиническое руководство
по лапароскопической хирургии
билиарного тракта
(краткая версия)**

<p>Цель клинического руководства:</p>	<p>Обобщить существующие новейшие знания на доказательной основе по клиническому применению лапароскопической хирургии билиарного тракта</p>
<p>Список Рабочей группы по адаптации руководства:</p>	<p>Оспанов О.Б. – заведующий кафедрой эндохирургии ФНПР и ДО Медицинский университет Астана, д.м.н., профессор, Президент Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов. Сарсенова Р.Т. – доцент кафедры эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана, к.м.н., доцент. Намаева К.А. – ассистент кафедры эндохирургии ФНПР и ДО, Медицинский университет Астана.</p>
<p>Рецензенты клинического руководства:</p>	<p>Медеубаев Р.К. - заведующий курсом онкологии ФНПР и ДО, профессор кафедры хирургических болезней №2, Медицинский университет Астана, д.м.н. Исмаилов А.С - ассистент кафедры общей хирургии, Медицинский университет Астана, д.м.н.</p>

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.)

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по применению лапароскопической хирургии билиарного тракта, но не реже чем 1 раз в 4 года.

Пользователи руководства:	Врачи –хирурги, врачи - терапевты
Категория пациентов:	Больные нуждающиеся в проведении холецистэктомии
Ключевые слова:	Холецистэктомия, лапароскопическая хирургия

Уровни доказательности

Уровень доказательности	Описание
I	доказательства получены – из качественно проведенных рандомизированных контролируемых исследований.
II	доказательства получены на основании контролируемых исследований без рандомизации, когортных исследований или исследований случай-контроль, серий случаев неконтролируемых испытаний.
III	описательные серии случаев, мнения экспертов.

Степень рекомендаций	
Степени убедительности основных клинических рекомендаций	Описание
Степень А	основана на хорошо проведенных исследованиях высокого уровня (уровень I или II) с единообразной интерпретацией и заключениями экспертов.
Степень В	основана на хорошо проведенных исследованиях высокого качества с различными интерпретациями и заключениями экспертов.
Степень С	основана на данных более низкого уровня (уровень II или ниже) с противоречивыми данными и/или различными интерпретациями или заключениями экспертов.
Рекомендации	
<p><u>1. Показания для лапароскопических операций на желчном пузыре и билнарном тракте,</u> включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> - симптоматический холелитиаз; - дискинезии желчевыводящих путей; - острый холецистит и осложнения, связанные с наличием конкрементов 	Степень А

<p>общего желчного протока, включая панкреатит с несколькими относительными или абсолютными противопоказаниями.</p>	
<p><u>2. Относительные противопоказания для лапароскопической операции на билирном тракте:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - нелеченная коагулопатия; - недостаточная эндохирургическая подготовка хирурга; - сложность создания рабочей полости в брюшной полости и другие причины для технического выполнения основного этапа операции; - запущенный цирроз/печеночная недостаточность; - подозрение на рак желчного пузыря. 	<p>Степень А</p>
<p><u>Предоперационная подготовка</u></p>	
<p>- Антибиотикопрофилактика</p>	
<p>3. Антибиотики не требуются пациентам с низким риском инфекционных осложнений, подвергшимся лапароскопической холецистэктомии.</p>	<p>Степень А</p>
<p>4. Антибиотики могут снизить частоту раневых инфекций у пациентов с высоким риском инфекционных осложнений (возраст старше 60 лет, наличие диабета, острые боли в течение 30 дней после</p>	<p>Степень В</p>

операции, желтуха, острый холецистит или холангит).	
5. Если антибиотики назначаются, то они должны ограничиваться однократной предоперационной дозой, которая делается за 1 час до операции.	Степень А
<u>Операционная техника</u>	
- Расположение пациента, аппаратура	
6. Расположение пациента на операционном столе является предметом выбора оперирующего хирурга.	Степень А
7. Должен быть представлен достаточный выбор аппаратуры для лапароскопической холецистэктомии и интраоперационной холангиографии на усмотрение оперирующего хирурга. Также, во время проведения холецистэктомии, должна быть доступна необходимая аппаратура для лапароскопического осмотра общего желчного протока.	Степень А
- Абдоминальный доступ	
8. Нет существенных различий в безопасности открытой и закрытой техники эндохирургического доступа. Решение в отношении выбора техники остается за хирургом и должно основываться на пройденном индивидуальном обучении, навыках и оценке конкретного случая.	Степень А

- Безопасная техника	
9. В основе безопасности лапароскопической холецистэктомии лежит правильная идентификация соответствующих анатомических образований (пузырного протока, общего желчного протока, пузырной артерии и печеночной артерии)	Степень А
10. Интраоперационная холангиограмма может снизить частоту возникновения или тяжесть ятрогенного повреждения и улучшить диагностику такой травмы.	Степень В
- Оценка общего желчного протока	
11. Интраоперационная холангиография может снизить риск повреждения желчных протоков, когда она используется рутинно и обеспечивает качественный оперативный доступ к билиарному дереву для лечебных вмешательств.	Степень В
12. Квалификация хирурга, интраоперационное лапароскопическое УЗИ помогут очертить соответствующую анатомию, выявить камни желчных протоков, снизить риск ятрогенного повреждения желчных протоков.	Степень В
-Тактика и ведение пациентов с холедохолитиазом .	

Существует два подхода к пациентам с возможным холедохолитиазом, которые подвергаются лапароскопической холецистэктомии, как для асимптоматичных пациентов, подвергающихся electiveной холецистэктомии, так и для пациентов с недавними эпизодами желтухи или желчнокаменным (билиарным) панкреатитом:

- 1) вначале лапароскопическая холецистэктомия с интраоперационной холангиограммой, после чего устраняют холедохолитиаз, если он был обнаружен,
- 2) вначале предоперационно проводится эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография для диагностики и устранения холедохолитиаза, а затем лапароскопическая холецистэктомия.

Дополнительные варианты ведения возможны при холедохолитиазе, обнаруженном во время интраоперационного осмотра:

- А) транспузырное (через культю пузырного протока) лапароскопическое обследование общего желчного протока,
- В) исследование общего желчного протока через холедохотомию,
- С) установка эндобиларного стента,
- Д) послеоперационная и интраоперационная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

13. В настоящее время нет четких рекомендаций о преимуществах подходов к тактике ведения пациентов с холедохолитиазом. Принимать решение необходимо на основании предпочтений хирурга, а также доступности оборудования и навыков персонала.

Степень А

<p>14. Лапароскопическое транспузырное (через культю пузырного протока) обследование общего желчного протока может использовать множество техник от простых до усовершенствованных, которые могут быть довольно успешны, но применение их может быть затруднено аномалиями анатомии, проксимальными камнями, стриктурами и большими или множественными камнями.</p>	<p>Степень В</p>
<p>15. Лапароскопическая холедохотомия требует усовершенствованных лапароскопических навыков, но имеет хорошую частоту полного удаления камней холедоха. Разрез общего желчного протока может быть ликвидирован ушиванием на Т-образной трубке (Кера), постановкой транспузырного дренажа или первичным закрытием (глухой шов) с или без эндодуального дренажа.</p>	<p>Степень В</p>
<p>16. Установка лапароскопического эндобилиарного стента незначительно удлиняет оперативное время при холецистэктомии и облегчает проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и удаление камней.</p>	<p>Степень В</p>
<p>17. ЭРХПГ с удалением камней может проводиться выборочно до, во</p>	<p>Степень А</p>

<p>время или после холецистэктомии с малозаметной разницей в заболеваемости (осложнениях), смертности и схожей частотой эффективности операции в сравнении с транспузырным лапароскопическим обследованием.</p>	
<p>-Диссекция желчного пузыря от ложа печени</p>	
<p>18. Более общепринятый подход начинать холецистэктомию от воронки (от шейки) желчного пузыря и продолжать отделение органа вверх, или способ холецистэктомии сверху вниз (от дна) могут проводиться с использованием электрокоагуляции (каутером), ультразвуковой диссекцией или гидродиссекцией по предпочтению хирурга.</p>	<p>Степень В</p>
<p>-Удаление желчного пузыря</p>	
<p>19. Нет данных для рекомендаций выбора техники удаления желчного пузыря, поэтому выбор метода остается за хирургом.</p>	<p>Степень С</p>
<p>-Использование дренажей</p>	
<p>20. Нет необходимости в дренажах после элективной лапароскопической холецистэктомии и их использование может повысить частоту осложнений.</p>	<p>Степень А</p>

21. Дренажи могут быть применены в осложненных случаях, особенно, если проводилась холедохотомия .	Степень С
-Переход к лапаротомии	
<p>22. Переход на лапаротомию (конверсию) нельзя рассматривать как осложнение операции, а скорее нужно считать попыткой избежать осложнений и обеспечить безопасность пациента.</p> <p>Факторы, которые могут привести к переходу на открытую холецистэктомию включают: острый холецистит с утолщением стенок желчного пузыря, предыдущие операции на верхних отделах брюшной полости, мужской пол, пожилой возраст, ожирение, кровотечение, повреждение желчного протока, и холедохолитиаз .</p>	Степень А
<u>Интраоперационные осложнения</u>	
-Повреждения при выполнении эндохирургического доступа	
23. Нет заметной разницы в безопасности открытой против закрытой техники эндохирургического доступа и создании первоначального пневмоперитонеума. Решение в отношении выбора техники остается за хирургом и должно основываться на индивидуальном опыте, навыках,	Степень А

оценке конкретного случая.	
24. При подозрении на наличие осложнений, вызванных созданием эндохирургического доступа требуется быстрый переход к лапаротомии.	Степень А
- Повреждения общего желчного протока	
25. Факторы, которые могут быть связаны с травмами общего желчного протока, включают: опыт и квалификацию хирурга, возраст пациента, мужской пол, наличие острого холецистита.	Степень С
26. Интраоперационная холангиограмма может снизить частоту или тяжесть травм общего желчного протока и улучшить своевременную диагностику травмы	Степень В
27. Если произошло «большое» повреждение желчного протока, исходы могут быть лучше при ранней диагностике и немедленном направлении к опытному специалисту по гепатобилиарной хирургии, если хирург, проводивший первичную операцию не имеет значительного опыта в билиарной реконструкции.	Степень А
<u>Особые условия</u>	
- Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП)	

<p>28. Лапароскопическая холецистэктомия может быть эффективной у пациентов с симптомами билиарной обструкции без наличия камней желчного пузыря, но с аномальным опорожнением желчного пузыря.</p>	<p>Степень В</p>
<p>- Острый холецистит</p>	
<p>29. Лапароскопическая холецистэктомия стала предпочтительным методом у пациентов с острым холециститом.</p>	<p>Степень В</p>
<p>30. Ранняя лапароскопическая холецистэктомия (в течение 24-72 часов от постановки диагноза) снижает частоту рецидивов симптомов, не повышает частоту перехода к открытой операции и риск осложнений, а также может оказывать влияние на снижение затрат и общую продолжительность госпитализации.</p>	<p>Степень В</p>
<p>31. У пациентов в период обострения холецистита чрезкожная холецистостомия с рентгенконтролем - эффективная временная мера до улучшения состояния пациента и как подготовка к холецистэктомии.</p>	<p>Степень В</p>
<p>- Желчнокаменный (билиарный) панкреатит</p>	
<p>32. Лапароскопическая холецистэктомия стала предпочтительной тактикой для удаления камней в случаях острого панкреатита,</p>	<p>Степень В</p>

вызванного желчнокаменной болезнью.	
33. Тяжелый панкреатит с сопутствующей мультиорганной недостаточностью требует немедленного устранения любой билиарной обструкции с последующим проведением поддерживающей терапии до улучшения состояния пациента и должна рассматриваться как подготовка к холецистэктомии.	Степень А
34. Когда желчнокаменный панкреатит легкой степени и без мультиорганной недостаточности, ургентная холецистэктомия должна быть проведена после купирования симптомов и нормализации лабораторных значений; обычно во время той же госпитализации.	Степень В
- Лапароскопическая холецистэктомия в условиях цирроза печени	
35. Лапароскопическая холецистэктомия относительно безопасна у пациентов с циррозом класса Чайлд А или В.	Степень В
36. Лапароскопическая холецистэктомия не рекомендуется пациентам с циррозом класса Чайлд С.	Степень С
37. Кровотечение - наиболее частое осложнение цирроза печени, поэтому коагулопатия и тромбоцитопения	Степень А

<p>должны корректироваться до операции, расширенные вены брюшной стенки и вокруг желчного пузыря а так же реканализацию умбиликальных вен следует лечить с осторожностью.</p>	
<p>- Лапароскопическая холецистэктомия в условиях системной антикоагуляции</p>	
<p>38. Даже после отмены антикоагулянтной терапии следует помнить о сохраняющемся антикоагулянтном состоянии, особенно у пациентов, которым требовалась замена на низкомолекулярный гепарин.</p>	<p>Степень В</p>
<p>-Обызвествление желчного пузыря (фарфоровый желчный пузырь)</p>	
<p>39. Пациенты с подозрением на кальцификацию желчного пузыря должны быть тщательно обследованы. Рекомендуются открытая холецистэктомия для тех, у кого имеется селективная слизистая кальцификация.</p>	<p>Степень В</p>
<p>- Полипы желчного пузыря</p>	
<p>40.Лапароскопическая холецистэктомия должна рассматриваться как выбор для больших, одиночных, полипов или для тех, что с сопутствующими симптомами и должна применяться выжидательная тактика для маленьких (<5 мм), асимптомных полипов.</p>	<p>Степень В</p>

-Рак желчного пузыря	
41. Лапароскопическая холецистэктомия считается лечением рака, ограниченного слизистой желчного пузыря (T1a).	Степень В
42. При запущенном раке желчного пузыря или с вовлечением лимфатических узлов следует направлять в специализированный центр для рассмотрения более расширенной резекции или повторной резекции.	Степень В
Послеоперационное ведение	
43. Пациенты, перенесшие неосложненную лапароскопическую холецистэктомию при симптоматическом холелитиазе, могут быть выписаны домой в день операции при отсутствии послеоперационной боли, тошноты и рвоты.	Степень В
44. Пациенты старше 50 лет относятся к группе повышенного риска повторных поступлений в стационар.	Степень В
45. Время выписки после операции для пациентов с острым холециститом, камнями желчных протоков, или пациентов, переведенных на открытую операцию, должно определяться	Степень А

индивидуально.	
<u>Однопортовая холецистэктомия (холецистэктомия из единого лапароскопического доступа)</u>	
46. Показания, противопоказания и предоперационная подготовка для однопортового доступа те же, что и для мультипортовой холецистэктомии.	Степень А
47. Доступ к абдоминальной полости при однопортовом доступе должен следовать принятым стандартам безопасности, включая стремление избежать и распознать осложнения.	Степень А
48. Введение новых инструментов, устройств доступа или новых техник должно проводиться с осторожностью и/или в процессе исследования их применимости на практике. До введения любых новых инструментов или устройств следует, насколько возможно, убедиться в их использовании с сохранением принципов безопасной лапароскопической холецистэктомии.	Степень А
49. Во время начала однопортовых процедур следует предусмотреть возможность использования дополнительного порта, чтобы не ставить под угрозу безопасность доступа и исходы.	Степень А

Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
<p>1. Применение дренажей после электроивной лапароскопической холецистэктомии (%).</p> <p>Формула: (пациенты после электроивной лапароскопической холецистэктомии, которым был установлен дренаж) / (все пациенты после электроивной лапароскопической холецистэктомии) X100%.</p> <p>Источник данных: история болезни</p> <p>Частота определения: раз в полгода</p> <p>Показатель должен стремиться к 0%</p>	<p>Рекомендация 20</p>
<p>2.Своевременность проведения лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом (%).</p> <p>Формула: (пациенты с острым холециститом и осложнениями, связанными с наличием конкрементов общего желчного протока, которым была проведена ранняя лапароскопическая холецистэктомия в течение 24-72 часов от постановки диагноза / (все пациенты с острым холециститом и осложнениями, связанными с наличием конкрементов общего желчного протока, которым была проведена</p>	<p>Рекомендация 30</p>

лапароскопическая холецистэк- томия) X100%.	
Источник данных: история болезни	
Частота определения: раз в полгода	
Показатель должен стремиться к 100%.	

Методология

При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки для адаптации рабочей группой в Казахстане было рекомендовано клиническое руководство «Sages guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgical», Practice/Clinical Guidelines published on: 02/2010 by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), подготовленное и разработанное комитетом разработчиков руководства Американского Общества Гастроинтестинальных и Эндоскопических хирургов (SAGES).

В процессе проведения адаптации были рассмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

<http://www.sages.org/publication/id/06/>

Для заметок

