

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

К.м.н. В.В. Дмитриев, Е.А. Полубедова,
А.Б. Аммосов, О.А. Дмитриева

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ХИРУРГА МУНИЦИПАЛЬНОГО И РАЙОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Ивангородская больница Ленинградской области

Впервые выполненная эндохолестэктомия в районе Ленинградской области (1994 г., Б.С.Сумароков) на сегодня практически вытеснила «традиционный (открытый)» вариант в нашей больнице как верхне-срединным, так и доступами Федорова, Кохера, Лоусен-Таета, Гаген-Торна и Рио-Бранко. В марте 2003 года проведена 1.274-я операция методом «второй французской революции» [9].

С учетом нарабатанных данных, анализа раннего и позднего послеоперационного периода (анкетированием и наблюдением совместно с гастроэнтерологом), определена, на наш взгляд, оптимальная комплексная программа, снижающая риск возникновения т.н. «синдрома постхолестэктомии» [7].

Пациентами чаще всего являются женщины (в нашем случае – 1.176 - 91,6%), причем, в возрасте 56 и старше (1.017, 79,8%). Это заставляет использовать предоперационный период для верификации фоновой патологии, иногда становящейся основной (!) в плееде жалоб и клинических проявлений. Обязательным считаем консультацию гинеколога, соноскопию органов брюшной полости, забрюшинной зоны и полости таза (именно в этой интерпретации, т.к. УЗИ только желчного пузыря или лишь билиарной системы заведомо «готовит» недиагностированные проблемы и не обязательно в панкреато-дуденальной зоне, которые симулирует легко выявленный холелитиаз, императивно требующий, по мнению внушенного пациенту «искусственным» врачом, оперативного лечения), полное клинико-лабораторное и биохимическое исследование крови и урины, ЭКГ и консультацию терапевта (надежнее – с навыками работы в кардиологии и пульмонологии), ФЭГДС, RRS, крупнокадровую флюорографию легких (с описанием на предмет готовящегося наркоза и операции, а не только «на туберкулез»).

Разумеется, если позволяет состояние больного. В случаях рецидивирующей желчной колики или блокады желчного пузыря тактика меняется в пользу экстренной операции, а дооперационный период сводится к инфузионно-детоксика-

ционной подготовке и максимально ускоренному дообследованию. Вовремя компенсированные проблемы со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, разрешенный копростаз (у пожилых с крайней степенью ожирения – попросту – каловый завал), скорректированная терапия нефротоксического синдрома и печеночно-почечной недостаточности, стабилизации эндокринной системы у больных с тиреоидитом и сахарным диабетом являются залогом успешного послеоперационного периода. Учитывая, что мы имели дело с микстом фоновой патологии, постулат-трюизм «семь раз отмерь, один – отрежь (разрежь)» как нельзя кстати отражает нашу концепцию.

Программа обеспечивается постоянным взаимодействием хирургов и анестезиологов-реаниматологов, необходимость, сроки и объем оперативного вмешательства обсуждаем коллегиально. С обретением эндохирургического опыта показания к операции все более превалировали над противопоказаниями. Длительность наркоза и собственно лапароскопических манипуляций, поддержание инсуффляции карбоксиперитонеума, поэтапный перевод пациента в различные положения от горизонтальной оси, сбой и устранение неполадок в работе сложной современной аппаратуры требует слаженности работы каждого из участников операции, отрабатывающего «свой узел». Продолжительность эндооперации и анестезиологического пособия практически не сказывается на ранней реабилитации пациента, что было отмечено еще самим «первопроходцем» (Ph. Mouret, 1987 [9]), немало удивленным рукопожатием пациента чуть ли не стоя на следующий день после довольно изнурительной для хирурга операции. Современные возможности анестезиологии и хирургии обеспечивают любые необходимые временные затраты, завися лишь от квалификации специалистов и уровня оснащенности реанимационного отделения. Сама операция начинается с видеолaparоскопии с онконастороженностью. Немалое значение отдаем положению пациента (валик под ниже-грудной отдел позвоночника и левый «побок»), которое изменяется («с» Фовлера «на» Тренделенбурга) для более тщательной эвакуации перитонеальной жидкости к концу операции. Параумбиликальную точку Калька «проходим» иногда ad oculum (при наличии операционных рубцов и высокой степени ожирения) без иглы Вереша, вставляя гильзу троакара (без стилета). После оценки состояния органов и верификации выраженности подпеченочного инфильтрата, эндомобилизация желчного пузыря осуществлялась

позтапно, комбинированно (ретро- и антеградно), как правило – с отдельным клипированием отдифференцированных элементов треугольника Calot (пузырного протока и пузырной артерии), электрокоагуляцией печеночно-пузырной тени желчного пузыря и контролем гемостаза этой «ожоговой раны», используя – с момента их публикации – соответствующие критерии сложности [8, 1].

Обращает внимание тот факт, что при необходимости в лапаротомии (конверсия составила 1,69%, сравнима с данными [Борисов, Галлингер]), ставшее уже привычным оптическое увеличение, заставляло прибегать к видеокамере и контролю по экрану монитора после перехода, по существу, обеспечивая ассистированную операцию. Спаечный процесс после ранее перенесенных операций подвергали видеоадгезиолизису (97 пациентов, 7,6%), первый троакар старались проводить вне рубца (реже – в его заканчивающейся части): синдром Кноха ликвидировали электроэксцизией, плоскостные межкишечные сращения при отсутствии признаков дилатации предпочитали оставлять (в отдельных случаях химолизис проводился постоперационно через дренажи). Умбогерниопластика «на выходе» составила 172 случая (13,4%); пигментные и безпигментные папилломы, невусы, кератомы и атеромы в проекции точек Калька предпочитали удалять с последующей обязательной гистоверификацией.

На 1274 операции летальность составила 0,7% (8 случаев; в сравнении – 0,3% [3]). Она была связана с декомпенсацией по ишемической болезни сердца или нарушением церебрального кровообращения у пациентов пожилого и старческого возраста, в основном пришлось на первые годы освоения метода. «Дозендохирургическая эра» давала летальность после «традиционной» холецистэктомии по анализу операционных журналов и ежегодных отчетов от 3,8 до 6,9%. Видимо, поэтому мы не разделяем оптимизма ряда авторов [5] [6], настаивающих на «традиционной» холецистэктомии у пожилых, полных, тем более – при калькулезном холецистите, осложненном перитонитом: ирригация и аспирация выполнимы и лапароскопически, а широкий разрез брюшной стенки вряд ли будет «бальзамом на рану», в т.ч. при фоновой патологии.

Таким образом, алгоритм действий хирурга муниципального учреждения здравоохранения сводится к следующему:

- 1) полноценная подготовка пациентов в предоперационном периоде, включающая в себя комплексную диагностику и посиндромную терапию;
- 2) тщательность выполнения самой операции (в ущерб времени);
- 3) при необходимости – конверсия с ассистированием эндоскопически;
- 4) готовность к автономному устранению поломки (сбоя) аппаратуры с возможностью замены ее комплектующих;
- 5) неформальное коллегиальное ведение постоперационного периода;
- 6) устранение выявленной патологии желчных протоков и большого дуоденального соска либо наружное дренирование холедоха с последующим переводом пациента в областное учреждение.

Список литературы

1. Аммосов А.Б., Дмитриев В.В. Категории сложности в «золотом стандарте» лечения холелитиаза. Эндоскопическая хирургия, 1, 2003. – 20 с.
2. Борисов А.Е., Левин Л.А. Некоторые результаты и перспективные задачи организации эндовидеохирургической помощи в Санкт-Петербурге. – Эндоскопическая хирургия, 2, 2002, 21-22 с.
3. Брегель А.И., Мутин Н.А. Девятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии. – Эндоскопическая хирургия, 2, 2002, 22 с.
4. Галлингер Ю.Н., Карпенкова В.И., Амелина М.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии. – Эндоскопическая хирургия, 2, 25-26 с., 2002.
5. Гаринов Р.М., Богдасаров Ю.В., Мусин Т.В. Выбор способа операции у больных с острым холециститом. // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С.28-29.
6. Кузнецов Н.А., Игнатенко С.Н., Бронтвейн А.Т. и др. Современные технологии лечения острого холецистита. // www.mtu-net.ru.
7. Малле-Ги П., Кестенс П.Ж. Синдром после холецистэктомии. – М., 1973. – 140 с.
8. Сажин В.П., Кирсанов А.М., Сажин А.В. Особенности техники выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у больных с ожирением. // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 2. – С.53.
9. Федоров В.Д., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – М., ГОЭТАР Медицина. – 1998. – 351 с.