

3. Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Красногоров В. Б. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб: Питер, 2000. 309 с.

4. Багненко С. Ф., Рухляда Н. В., Толстой А. Д., Гольцов В. Р. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания. СПб: НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, СПб, 2002. 24 с.

5. Толстой А. Д., Сопия Р. А., Красногоров В. Б. и др. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит. СПб, 1999. 128 с.

6. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 240 с.

7. Balthazar E. J. CT diagnosis and staging of acute pancreatitis // Radiol. Clin. North Am. 1989. Vol. 27, № 1. P. 19–37.

8. Paajanen H., Jaakkola M., Oksanen H., Nordback I. Acute pancreatitis in patients over 80 years // Eur. J. Surg. 1996. Vol. 162, № 6. P. 471–475.

**N. I. GLUSHKOV, D. A. JANE, A. V. SKORODUMOV,
A. A. SUBBOTIN, E. V. ARIAVNOVA**

THE MODERN METHODS OF SONOGRAPHY DIAGNOSTICS OF THE SHARP PANCREATITIS AT PATIENTS ELDERLY AGE

The diagnosis of acute pancreatitis is more difficult in older patients because of the blurring of the symptoms. In this article we tried to reveal possibilities of complex ultrasonography in examination of the pancreatoduodenal region. Received data allow detecting acute pancreatitis in patients of this group in 62% of cases disregarding clinical symptoms.

Н. И. ГЛУШКОВ, А. В. СКОРОДУМОВ, А. В. ГУРИНА, М. В. ФИЛАТОВ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра общей хирургии

Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остается актуальной проблемой хирургии. До 29% населения европейских стран страдают холелитиазом, причем частота этого заболевания с возрастом прогрессивно возрастает (Дадвани С. А. и соавт., 2000). ЖКБ страдают каждая 5-я женщина и каждый 10-й мужчина. Около 25% населения старше 60 и около 33% населения старше 70 лет имеет желчные камни. Основным методом лечения холецистохоледохолитиаза на сегодняшний день остается хирургическое вмешательство, однако у данной группы пациентов оно представляет значительный риск. В настоящее время для лечения ЖКБ хирурги выполняют традиционные, видеолапароскопические и мини-лапаротомные операции.

Холецистэктомия из традиционного лапаротомного доступа, который позволяет провести полноценную ревизию органов брюшной полости и выполнить весь объем манипуляций на желчном пузыре и желчных протоках, имеет ряд недостатков, таких как: значительная операционная травма; большое количество послеоперационных осложнений; длительный период реабилитации и нетрудоспособности.

Поэтому в настоящее время все большее распространение получают малоинвазивные методы хирургического лечения ЖКБ: эндоскопические, лапароскопические и мини-лапаротомные вмешательства, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

В последние годы методом выбора при хирургическом лечении ЖКБ являются лапароскопические операции, что объясняется их малой травматичностью, возможностью выполнения полноценной ревизии всей брюшной полости и в немалой степени косметическим эффектом. Вмешательства на протоках принципиально выполнимы, однако их использование на практике ограничено ввиду технической сложности. К числу недостатков лапароскопического способа операций относятся: отрицательные пос-

ледствия напряженного пневмоперитонеума, продолжительность вмешательств и существенный риск интра- и послеоперационных осложнений (Попов А. Ф. и соавт., 1995).

Первая холецистэктомия из мини-доступа была выполнена М. И. Прудковым в 1986 г. В настоящее время эти операции получают все большее распространение. Несмотря на малый разрез передней брюшной стенки, специальный набор инструментов позволяет значительно увеличить зону в брюшной полости, которая доступна адекватному осмотру и манипулированию (Дадвани С. А. и соавт., 2000). Мини-лапаротомный доступ малотравматичен, не требует наложения пневмоперитонеума, позволяет выполнить полный объем вмешательства (в том числе при холедохолитиазе) с адекватным интраоперационным обследованием, оперировать при наличии спаечного процесса после ранее перенесенных операций, дает меньше послеоперационных осложнений (Шестаков А. Л. и соавт., 1996; Ходаков В. В., Рямов Ю. С., 1997; Добровольский С. Р. и соавт., 2005). Эти операции наиболее предпочтительны у больных с высокой степенью операционного риска. Недостатком метода является невозможность полноценной интраоперационной ревизии брюшной полости, что требует качественного дооперационного обследования (Шулутко А. М. и соавт., 1999).

Оба способа отличаются благоприятным течением послеоперационного периода, значительным снижением числа послеоперационных осложнений, существенным снижением потребности в анальгетиках, сокращением послеоперационного койко-дня и быстрым восстановлением трудоспособности (O'Dwyer P. J. et al., 1990; McMahon A. J. et al., 1993).

Методика исследования

Целью нашей работы является изучение результатов лечения ЖКБ с помощью лапароскопической

Сопутствующая патология у оперированных больных

Патология	Вид операции	
	Лапароскопические	Мини-лапаротомные
I. Ишемическая болезнь сердца	453	99
а) стабильная стенокардия напряжения II ф. кл.	451	84
б) стабильная стенокардия напряжения III ф. кл.	2	15
2. Постинфарктный кардиосклероз	19	14
а) мелкоочаговый	14	8
б) крупноочаговый	5	6
3. Нарушение ритма и проводимости сердца	78	23
4. Недостаточность кровообращения	267	103
а) НК I ст.	252	82
б) НК IIa ст.	15	8
в) НК IIб ст.	-	3
5. Пороки сердца (митрального, аортального, трикуспидального клапанов)	3	-
а) врожденные	1	-
б) приобретенные	2	-
II. Гипертоническая болезнь	438	96
а) ГБ I ст.	154	2
б) ГБ II ст.	291	77
в) ГБ III ст.	16	17
III. Заболевания органов дыхания	47	16
а) хронический бронхит с астматическим компонентом	34	14
б) бронхиальная астма	13	2
Из них с дыхательной недостаточностью II ст.	6	14
IV. Атеросклероз сосудов головного мозга	434	87
V. Сахарный диабет II типа (ср. ст. тяжести)	112	23
VI. Ожирение 2–3-й ст.	156	51
Ожирение 4-й ст.	13	7

и мини-лапаротомной технологий в сравнении с традиционными операциями.

Лапароскопические вмешательства выполнялись в условиях напряженного (10–15 мм рт. ст.) и низкого (3–4 мм рт. ст. с использованием лапаролифта) пневмоперитонеума. Троякары вводились в стандартных точках (умбиликальная, эпигастральная, по передней подмышечной линии, по среднеключичной линии). Затем проводилась ревизия органов брюшной полости, в том числе «критической» зоны (печень, желчный пузырь, печеночно-двенадцатиперстная связка). Основной этап операции – собственно холецистэктомия – как правило, выполнялся по методике «от шейки». Завершающий

этап операции — ревизия операционного поля и органов брюшной полости и установка контрольного дренажа в подпеченочное пространство.

За период 1995–2006 гг. кафедра общей хирургии располагает опытом выполнения более 2500 лапароскопических холецистэктомий. В данной статье мы анализируем 461 случай, из них 81 (17,6%) мужчина и 380 (82,4%) женщин.

Распределение в зависимости от возраста: от 29 до 60 лет – 155 (34,2%), от 61 до 74 лет – 219 (47,5%), от 75 до 89 лет – 84 (18,2%).

В условиях напряженного пневмоперитонеума оперировано 411 (89,1%) пациентов, в условиях низкого пневмоперитонеума – 50 (10,9%).

**Послеоперационные осложнения при операциях из мини-доступа (МД)
и лапароскопических (ЛС) по сравнению с лапаротомными (ЛТ)**

Осложнение	Вид операции		
	МД	ЛС	ЛТ
Пневмония	3 (2,9%)	16 (3,5%)	17 (8,4%)
Тромбозмболия легочной артерии	1 (0,9%)	4 (0,9%)	3 (1,5%)
Мерцательная аритмия	-	2 (0,4%)	3 (1,5%)
Тромбофлебит вен нижних конечностей	-	1 (0,2%)	1 (0,5%)
Инфаркт миокарда	2 (1,9%)	4 (0,9%)	5 (2,5%)
Нагноение послеоперационной раны	2 (1,9%)	7 (1,5%)	13 (6,4%)
Желчеистечение в свободную брюшную полость	1 (0,9%)	6 (1,3%)	3 (1,5%)
Перфорация острой язвы 12-перстной кишки	1 (0,9%)	6 (1,3%)	0 (0%)
Всего	10 (9,6%)	46 (9,9%)	41 (20,1%)

Мини-лапаротомные операции производились по М. И. Прудкову с помощью набора инструментов «Мини-ассистент» фирмы «Лига-7». В правом подреберье выполняли вертикальный трансректальный разрез длиной 3–5 см. В подпеченочное пространство вокруг желчного пузыря устанавливали ранорасширитель. Выделяли и идентифицировали общий печеночный и общий желчный протоки, пузырный проток, пузырную артерию, выявляли наличие анатомических особенностей. Данные ревизии могли быть дополнены интраоперационной холангиографией через пузырный проток, целями которой были диагностика изменений протоковой системы и уточнение имеющихся анатомических взаимоотношений, а также холедохоскопией или интраоперационным ультразвуковым исследованием. Холецистэктомия — «от шейки» или комбинированная. По показаниям производили холедохотомию и дренирование холедоха. Во всех случаях устанавливали контрольный дренаж в подпеченочное пространство.

За период 2001–2006 гг. методом мини-лапаротомии по М. И. Прудкову было оперировано 104 пациента.

Из них 23 (22%) мужчины и 81 (78%) женщина. Возраст больных — от 23 до 92 лет, в среднем 63,6 года. Распределение в зависимости от возраста: до 60 лет — 33 (32%), от 61 до 74 лет — 43 (41%), от 71 до 89 лет — 28 (27%).

Всего выполнено 91 (87,5%) холецистэктомия, 4 (3,8%) холедохолитотомии, 9 (8,7%) сочетанных операций (холецистэктомия + холедохолитотомия). По показаниям оперативное вмешательство завершалось дренированием общего желчного протока: по Керу — 17 (16,3%), по Вишневскому — 2 (1,9%), по Пиковскому — 10 (9,6%). С целью интраоперационной ревизии желчевыводящих путей проводилась интраоперационная холангиография, в 22 (21%) случаях — холедохоскопия, а в 35 (34%) — интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ).

Результаты исследования

Показаниями к выполнению лапароскопических операций послужили: хронический рецидивирующий

калькулезный холецистит — в 383 (83%) случаях; острый холецистит — у 49 (10,6%) больных, из них катаральный — у 1 (0,2%), флегмонозный — у 40 (8,7%), гангренозный — у 8 (1,7%), а также бескаменный холецистит — у 1 (0,2%) пациента. Формирование перивезикального инфильтрата отмечено у 10 (2,2%) больных.

Осложнения ЖКБ встречались у 49 больных (10,6%), в том числе холедохолитиаз в 18 (3,9%) случаях, холангит в 4 (0,9%), острый панкреатит в 14 (3,0%), механическая желтуха в 13 (2,8%).

Конверсия на лапаротомию потребовалась у 14 (3%) пациентов. Это было связано с выраженным рубцово-спаечным процессом у 9 (64,3%) больных, с наличием инфильтрата у 5 (35,7%).

Повторные вмешательства выполнены 5 (1%) пациентам по поводу желчеистечения в свободную брюшную полость (в связи с несостоятельностью культи пузырного протока), из них в 2 (40%) случаях выполнена лапароскопическая санация и в 3 (60%) — лапаротомия.

Еще у 1 больного желчеистечение не потребовало повторного оперативного вмешательства.

Показаниями к выполнению операций из мини-лапаротомного доступа послужили: хронический калькулезный холецистит — у 70 (67,3%) больных, острый холецистит — у 30 (29%), в том числе: катаральный — у 5 (4,8%), флегмонозный — у 20 (19,2%), гангренозный — у 5 (4,8%). Формирование перивезикального инфильтрата наблюдалось в 8 (7,7%) случаях, местный перитонит у 1 (0,9%) больного.

В данной группе больных отмечены следующие осложнения ЖКБ: холедохолитиаз у 15 (14,4%) больных, холангит у 9 (8,6%), острый панкреатит у 6 (5,7%), механическая желтуха у 15 (14,4%).

У 5 (4,8%) больных операция завершилась конверсией на лапаротомию, что было связано с анатомическими особенностями и техническими трудностями (спаечный процесс, формирование инфильтрата). Релапаротомии произведены в 2 случаях (1,9%) и связаны с перфорацией острой язвы 12-перстной кишки (1) и с коагуляционным некрозом стенки кишки

Летальность при операциях из мини-доступа (МД) и лапароскопических (ЛС) в сравнении с лапаротомными (ЛТ)

Причина смерти	Вид операции		
	МД	ЛС	ЛТ
Пневмония	0	3 (0,7%)	5 (2,5%)
Холангиогенный сепсис	1 (0,9%)	0	2 (0,9%)
Тромбоэмболия легочной артерии	1 (0,9%)	4 (0,9%)	3 (1,5%)
Инфаркт миокарда	1 (0,9%)	4 (0,9%)	7 (3,4%)
Всего	3 (2,7%)	11 (1,1%)	17 (8,3%)

(1) из-за нарушения анатомических взаимоотношений при наличии рубцово-спаечного процесса.

У 40 (38,5%) больных мини-лапаротомия выполнена при наличии спаечного процесса после перенесенных операций с полноценной ревизией гепатикохоледохы (кроме пальпации).

Обсуждение

В группе больных, оперированных лапароскопически, у значительной части пациентов (76,1%) имелась сопутствующая патология, главным образом сердечно-сосудистой системы, соответственно данные пациенты имели III степень операционного риска по ASA (табл. 1).

В группе больных, оперированных мини-лапаротомно, сопутствующая патология различной степени тяжести отмечалась у 69%, эти больные также относились к группе высокого операционного риска, т. е. по ASA к III (табл. 1).

Лапароскопические операции при условии тщательного отбора больных и строгом соблюдении технических правил выполнения оперативного вмешательства являются методом радикального лечения ЖКБ. Однако ряд возможных осложнений ограничивает его применение у больных пожилого и старческого возраста, состояние которых характеризуется разнообразной хронической патологией, приводящей к различной степени сердечно-легочной недостаточности.

Мини-лапаротомия как вариант лапароскопической операции не требует наложения пневмоперитонеума, что уменьшает число тромботических осложнений, исключает угнетение функции диафрагмы и отрицательное влияние адсорбируемой углекислоты (McMahon A. J. et al., 1993). Соответственно данный метод может быть применен у больных с высокой степенью операционного риска.

По нашим наблюдениям, послеоперационные осложнения встречались у 10 больных (табл. 2).

В целом процент послеоперационных осложнений после операций из мини-доступа ниже, чем после лапароскопических, и существенно ниже, чем после вмешательства из широкого традиционного доступа. Однако их наличие и опасность у больных группы высокого операционного и анестезиологического риска настоятельно требуют взвешенного, осторожного подхода к установлению показаний к операции, свидетельствуют о необходимости продолжения поиска критериев для отбора больных с целью ее безопасного применения.

Данные о причинах летальности представлены в табл. 3.

Таким образом, смертность при мини-лапаротомных и лапароскопических операциях была существенно ниже, чем при традиционных вмешательствах. Кроме того, значительно реже отмечается развитие пневмонии и острого инфаркта миокарда, которые могут привести к смерти больных в послеоперационном периоде.

В общем послеоперационный период у группы больных, оперированных мини-лапаротомно и лапароскопически, протекал более благоприятно: болевой синдром в раннем послеоперационном периоде не потребовал применения наркотических анальгетиков; активизация больных производилась в 1-е сутки после операции; 91,4% больных выписаны в сроки 4–7 суток после операции (пациентам, выписанным из стационара до момента снятия швов, процедура производилась в амбулаторном порядке). Кроме того, после операций из мини-доступа не отмечалось случаев пареза кишечника и наблюдалось быстрое восстановление функции внешнего дыхания.

Таким образом, мини-инвазивную хирургию отличают малая травматичность; возможность широкого применения у больных с высокой степенью операционного риска и уменьшение летальности в группе больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями; значительное снижение срока пребывания больных в стационаре; снижение частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений (парез кишечника, нагноение раны, вентральные грыжи, спаечная болезнь и др.); значительное снижение потребности в анальгетиках, в том числе наркотических, во время операции и в послеоперационном периоде; повышение качества жизни пациентов; экономическая эффективность за счет снижения потребности в медикаментах, расходных материалах.

Поступила 16.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П. С., Чилингарики К. Е., Ипполитов Л. И. и др. Холецистэктомия из мини-доступа с элементами открытой лапароскопической техники при хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия. 1998, № 9. С. 45–49.
2. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуто А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь. М.: Издательский дом «Видар-М», 2000. С. 144.

3. Добровольский С. Р., Богопольский П. М., Иванов М. П., Малахов А. В., Нагай И. В. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа: Учебно-методическое пособие. М.: изд-во РУДН. 2005. С. 43.

4. Ходаков В. В., Рямов Ю. С. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа // Хирургия. 1997. № 8. С. 47–49.

5. Шестаков А. Л., Юрасов А. В., Мовчун В. А. Показания к вмешательствам из мини-лапаротомного доступа при желчнокаменной болезни // Анналы хир. 1996, № 2. С. 43–47.

6. Шулуток А. М., Прудков М. И., Бебуришвили А. Г. Мини-лапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Анналы хир. гепатол. 1996, № 1. С. 132–135.

7. McMahon A. J., O'Dwyer P. J., Cruikshank A. M., McMillan B. C., O'Reilly D. S., Lowe G. D., Rumley A., Logan R. W., Baxter J. N. Comparison of metabolic responses to laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy // Br J Surg. 1993, № 80(10). P. 1255–1258.

8. O'Dwyer P. J., Murphy J. J., O'Higgins N. J. Cholecystectomy through a 5 cm subcostal incision // Br J Surg. 1990, № 77. P. 1189–1190.

N. I. GLUSHKOV, A. V. SKORODUMOV,
A. V. GURINA, M. V. FILATOV

MINI-INVASIVE INTERFERENCE WITH TREATMENT GALLSTONE DISEASE

Gallstone disease remains one of the most actual problems of the surgery, especially in old patients with severe associated pathology. In this article we analyze the results of surgical treatment of the gallstone disease from laparoscopic and minilaparotomy approach. These methods are notable for minimal injury, opportunity of wide use in patients of high operative hazard and decrease of lethality and of the rate of early and delayed postoperative complications in old patient with severe associated pathology, appreciable decrease of the period of hospitalization.

Н. И. ГЛУШКОВ, М. Б. МОСЯГИН,
М. Г. САФИН, О. И. ГИНТОВТ, Л. В. ЕЛИСЕЕВА

МЕТОД ВНУТРИПРОТОКОВОГО ФОТООБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛАНГИТОМ

Кафедра общей хирургии
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Введение

Холангит осложняет течение заболеваний гепатобилиарной зоны в 15–30% случаев. Летальность при такой патологии остается высокой и достигает 13–40% (Кабанов Н. Я., Кедров Д. А., 1995; Ахаладзе Г. Г., 1997). Опухолевая обструкция как причина холангита встречается в 27% клинических наблюдений, в большинстве случаев причиной холангита являются доброкачественные заболевания этой зоны (холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, острый и индурированный панкреатит) (Майстренко Н. А., Стукалов В. В., 2000; Гальперин Э. И., Котовский А. Е. и соавт., 2003).

Механическая желтуха присутствует в большинстве случаев, утяжеляя состояние больных. Средний возраст пациентов превышает 65 лет в 70% случаев. Почти в 100% клинических случаев у пациентов выражена сопутствующая патология, причем в 60% имеется сочетание заболеваний нескольких систем организма (Майстренко Н. А., Стукалов В. В., 2000).

Для улучшения результатов комплексного лечения больных острым холангитом в настоящее время широко применяют методы регионарного воздействия на желчевыводящие пути, направленные на внутрипротоковую санацию и их дозированную декомпрессию. Целью этих методов является восстановление физико-химических свойств желчи, уменьшение ее инфицирования и бактериохолитии, восстановление морфоструктурных изменений стенки желчного протока, уменьшение явлений печеночной недостаточности (Грубник В. В., Андреев В. О., 1998; Апсаров

Э. А., Выхубов В. И. и соавт., 1999; Сартаев Е. А., Ибадильдин А. С. и соавт., 1999).

Методика исследования: проанализированы сведения о 70 больных холангитом, проходивших лечение на базах кафедры общей хирургии СПб МАПО с 2002 по 2006 год.

Больные с онкологическими заболеваниями, осложнившимися холангитом, в данном исследовании не рассматривались.

Возраст больных холангитом составил от 43 до 96 лет.

Выделено 2 группы больных: основная (20 больных, которым помимо традиционного лечения производилось внутрипротоковое фотооблучение) и контрольная (50 пациентов, которые получали традиционное лечение, включающее антибактериальную, инфузионно-детоксикационную терапию, декомпрессию билиарного тракта). Большинство больных являлись пациентами старшей возрастной группы (70%) (таблица).

Среди пациентов сохранялось значительное преобладание лиц женского пола (в 1,7 раза), что обусловлено широкой распространенностью среди женщин заболеваний гепатобилиарной зоны.

Основной причиной холангита в обеих группах являлись холедохолитиаз и рубцовые стриктуры желчных протоков.

В 92% клинических наблюдений выявлена сопутствующая патология, преимущественно сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У больных ХДЭ в возрасте старше 50 лет наличие сопутствующих заболеваний существенно влияет на прогноз течения