

Малоинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни

Н.И. Глушков, В.Б. Мосягин, В.С. Верховский, А.В. Скородумов, М.Г. Сафин, А.В. Гурина

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

© Коллектив авторов, 2009

Резюме. Желчнокаменная болезнь остается актуальной проблемой хирургии, особенно среди пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. В статье проанализированы результаты хирургического лечения ЖКБ минимально инвазивными методами. Данные операции характеризуются малой травматичностью, возможностью широкого применения у больных с высокой степенью операционного риска и уменьшением летальности и частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений в группе больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, значительным снижением срока пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; хирургические методы лечения.

Minimum invasive methods of surgical treatment of gall stone disease

N.I. Glushkov, V.B. Mosyagin, V.S. Verchovski, A.V. Skorodumov, M.G. Safin, A.V. Gurina

Saint-Peterburg Medical Academy of Postgraduate study

Summary. 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 with minimum invasive approaches. These methods are notable for minimum 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.

Key words: gallstone disease; surgical treatment

Введение. Распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) весьма велика и увеличивается с возрастом: около 25% населения старше 60 лет имеет желчные камни [2]. При этом только у 1–4% больных ЖКБ наблюдается бессимптомное течение заболевания. Основным способом устранения холелитиаза и его осложнений остается хирургическое лечение. Общая послеоперационная летальность составляет 1,6–5,5%, а в пожилом и старческом возрасте достигает 10–15% [2, 6]. В настоящее время для лечения ЖКБ хирурги выполняют традиционные, эндовидеохирургические и минилапаротомические операции.

Традиционный лапаротомический доступ позволяет провести полноценную ревизию органов брюшной полости, выполнить весь объем манипуляций на желчном пузыре и желчных протоках и в то же время имеет ряд недостатков, таких как значительная операционная травма, большое количество послеоперационных осложнений, длительный период реабилитации и нетрудоспособности. Малоинвазивные методы хирургического лечения ЖКБ отличаются благоприятным течением послеоперационного периода, значительным снижением количества послеоперационных осложнений, существенным снижением потребности в анальгетиках, сокращением послеоперационного койко-дня и быстрым восстановлением трудоспособности [1, 3–9]. Однако показания и противопоказания к их применению до сих пор четко не определены.

Поэтому целью нашей работы явилось изучение результатов хирургического лечения ЖКБ с применением современных малоинвазивных технологий.

Материал и методы. В работе анализируется опыт хирургического лечения 997 больных с желчнокаменной болезнью, в том числе 250 с острым калькулезным холециститом. У 783 больных применены различные малоинвазивные методы (рис. 1).

У 136 пациентов на I этапе проведены декомпрессионно-санационные вмешательства эндоскопическим (22%) и чрескожно-чреспеченочным доступом под рентгено-телевизионным (15%) либо ультразвуковым контролем (63%). Показанием к проведению данных вмешательств служила необходимость декомпрессии и санации желчных протоков у больных в группе высокого операционного риска при наличии механической желтухи с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л, явлений холангита, острого обтурационного холецистита. Противопоказанием являлись некорректируемые нарушения свертываемости крови и непереносимость йодистых препаратов.

Эндоскопическое вмешательство — эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) — выполнено у 30 пациентов как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде для удаления конкрементов и санации желчных протоков.

У 250 пациентов выполнены радикальные операции из лапаротомического доступа. Показаниями к выполнению операции служили острый и хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз (в том числе резидуальный). 79 пациентов (31,6%) были оперированы в экстренном порядке при наличии явлений перитонита.

У 616 пациентов выполнены эндовидеохирургические

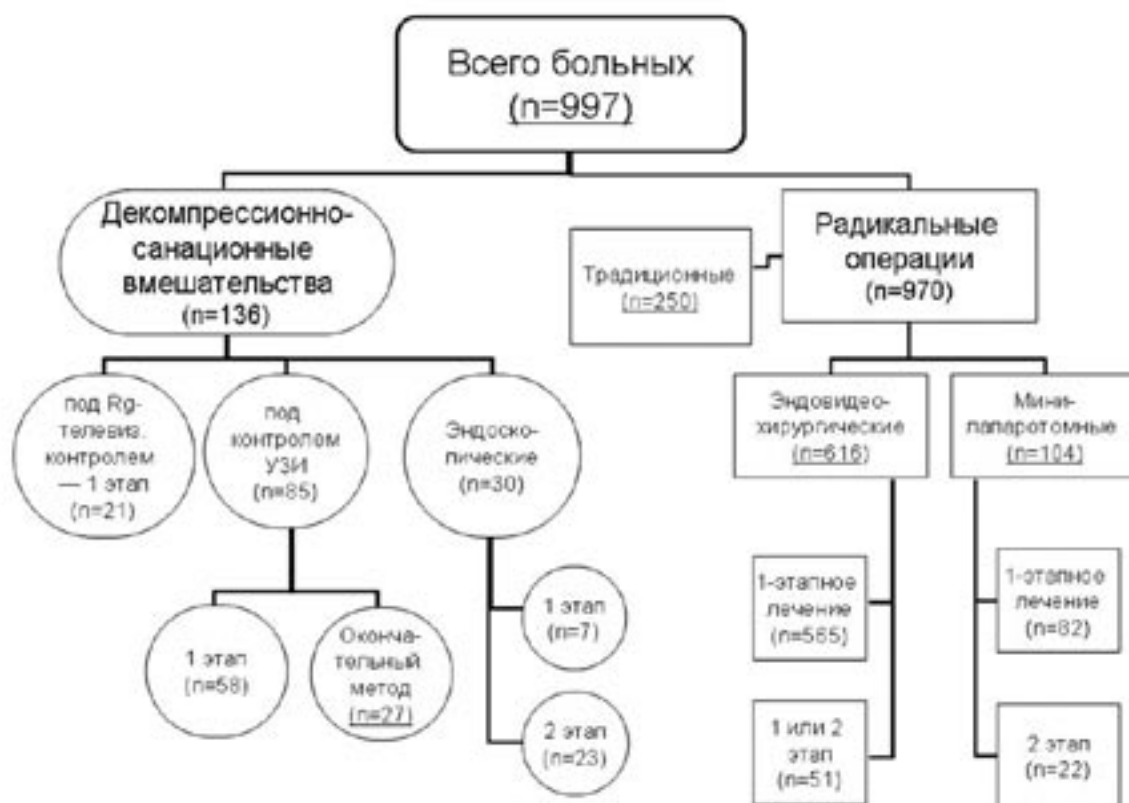


Рис. 1. Характеристика выполненных оперативных вмешательств

вмешательства при хроническом и остром калькулезном холецистите, бессимптомном и симптоматическом холецистохоледохолитиазе, холестерозе и полипозе желчного пузыря. 61% оперированных были лица молодого и среднего возраста.

Наличие холедохолитиаза не являлось противопоказанием к эндовидеохирургическим операциям. Лапароскопическая холедохолитотомия обеспечивала завершение операции малоинвазивным способом без конверсии на лапаротомию. Воздержаться от конверсии даже при трудноудаляемых конкрементах общего желчного протока позволяет метод «руки помощи», что потребовалось у

11 пациентов.

Условием для выполнения эндовидеохирургических операций являлось отсутствие сопутствующей патологии или ее компенсированные формы.

При наличии суб- и декомпенсированных форм нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, особенно у пожилых больных, а также в связи с выраженными рубцовыми изменениями в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки, использовалась малоинвазивная методика с применением набора инструментов «Миниассистент». По данной методике операция была выполнена у 104 больных, лица пожилого и старческого

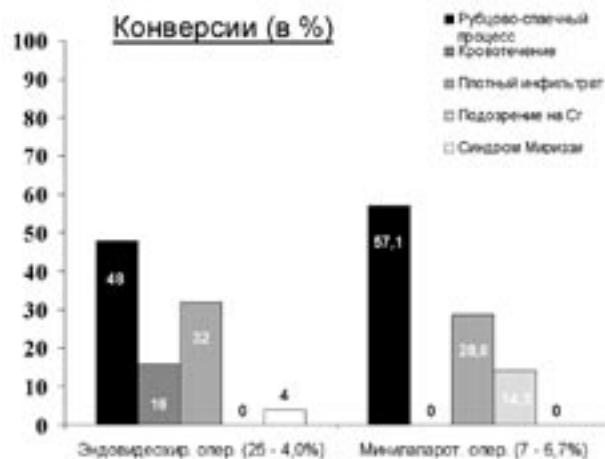


Рис. 2. Причины конверсии при эндовидеохирургических и минилапаротомических операциях

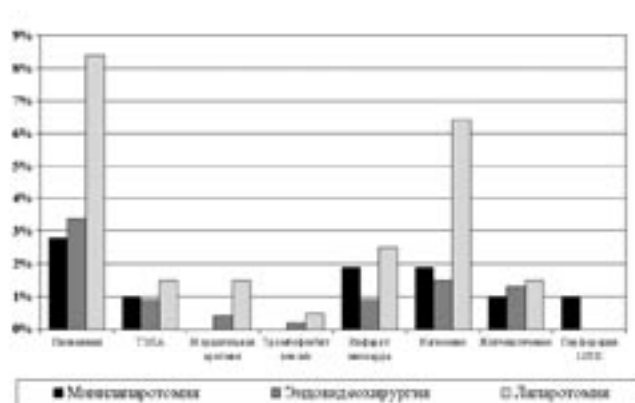


Рис. 3. Структура послеоперационных осложнений после эндовидеохирургических и минилапаротомических операций в сравнении с традиционными операциями

возраста составили в этой группе 67%.

В отличие от эндовидеохирургических операций этот метод позволил оперировать в условиях спаечного процесса после ранее проведенных операций на органах верхнего этажа брюшной полости и больных с суб- и декомпенсированными заболеваниями органов кровообращения и дыхания (НК IIa ст. и выше, ДН II ст. и выше, в том числе с выраженными и чрезвычайно выраженными изменениями ФВД), а также при выраженных воспалительных и рубцовых изменениях в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связи.

Противопоказаниями к радикальным малоинвазивным вмешательствам являлись разлитой перитонит, некорригируемые нарушения свертывания крови, рак желчного пузыря.

Результаты и обсуждение

Традиционные операции из лапаротомического доступа выполнялись при всех формах ЖКБ. Данному варианту операции отдавалось предпочтение при выполнении экстренных операций у пациентов с явлениями перитонита. В контрольную группу также вошли пациенты с острым и хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом, в том числе осложненным механической желтухой и холангитом. В данной группе больных отмечены частое развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде (20,2%) и высокая летальность (8,3%) (рис. 3, 4). В отдаленные сроки развивались пос-

леоперационные вентральные грыжи (14,5%).

Декомпрессивные вмешательства выполнялись как первый или окончательный этап хирургического лечения. Выбор способа дренирования желчных путей осуществляли на основе ведущей патологии.

При наличии острого обтурационного холецистита предпочтение отдавали дренированию желчного пузыря, что позволяло купировать острый воспалительный процесс. У 12 из 47 больных вмешательство стало первым и окончательным этапом лечения в связи с наличием противопоказаний к радикальной операции.

У 3 больных после вмешательств под рентгенологическим контролем в послеоперационном периоде отмечено развитие острого панкреатита, купированного консервативно. В 5 случаях после УЗИ-контролируемых вмешательств отмечена миграция дренажа, у 3 больных после чрескожной чреспеченочной холангиостомии и в 2 — после чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии. Оперированы 2 больных в связи с истечением желчи в брюшную полость.

Из 30 пациентов, которым выполнена ЭПСТ, у 7 (23,3%) больных вмешательство проведено для предоперационной декомпрессии и санации желчных путей, у 23 (76,7%) больных — как окончательный метод лечения при резидуальном холедохолитиазе и стриктурах терминального отдела холедоха, что позволяло сократить длительность радикального этапа лечения или отказаться от повторных

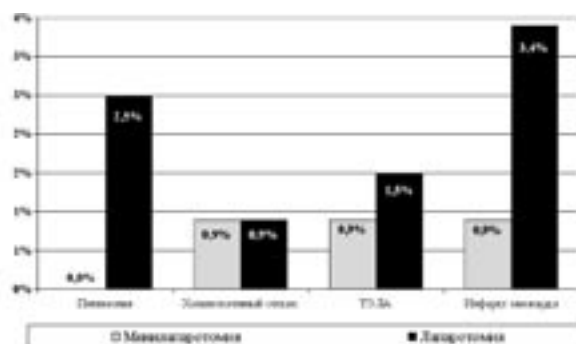


Рис. 4. Структура послеоперационной летальности после эндовидеохирургических и минилапаротомических операций по сравнению с традиционными операциями

травматичных вмешательств.

Подавляющее количество малоинвазивных радикальных операций выполнено по поводу хронических форм ЖКБ в обеих группах больных (89,4% в группе оперированных эндовидеохирургическим путем, 67% — минилапаротомическим). Острый холецистит отмечен в 10,6% случаях в группе, оперированных лапароскопически, в 29% случаях среди больных, оперированных минилапаротомически.

Возрастной спектр больных, оперированных радикально эндовидеохирургическим способом и минилапаротомическим, кардинально различался: в первой группе 61% больных составили лица молодого и среднего возраста, а во второй 67% — лица пожилого и старческого возраста. Соответственно, имелись различия и в спектре сопутствующей патологии. Заболевания сердечно-сосудистой системы в первой группе отмечены в 41,1%, во второй — в 95,1% случаев; недостаточность кровообращения — в 43,3% и 95,1%; заболевания органов дыхания — в 7,6% и 15,3%; атеросклероз артерий головного мозга — в 21,7% и 83,6%; сахарный диабет II типа (средней тяжести) — в 13,3% и 22,1%, соответственно.

В целом у больных старше 60 лет заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, артериальная гипертензия, цереброваскулярная болезнь) встречались в 100% случаев, заболевания дыхательной системы — в 15,3%, нарушения обмена веществ — в 22,9%. Это обусловило тяжесть данного контингента больных, и у ряда из них заставило отказаться от выполнения радикальных вмешательств, отдавая предпочтение пункционно-дренирующим вмешательствам.

Наряду с холецистэктомией при лапароскопических операциях интраоперационно проводили санацию желчных путей через пузырный проток (16% больных). При минилапаротомии имелась возможность оперировать больных с резидуальным холедохолитиазом (3,8% больных) (рис. 2).

Конверсия была связана с выраженным рубцово-спаечным процессом и с наличием инфильтрата. Частота конверсии при минилапаротомических операциях составила 6,7% (7 больных), что несколько выше показателя при эндовидеохирургических вмешательствах (4,0% — 25 больных). Это объясняется более тяжелым контингентом больных с выраженным рубцово-спаечным процессом в зоне операции, как вследствие самого патологического процесса, так и после предшествующих операций.

Повторные вмешательства выполнены у 29 больных; в 4 случаях (3,8%) после минилапаротомических вмешательств (МЛТ), в 25 (4,1%) — после эндовидеохирургических [ЭВХ], и наиболее частой причиной являлось желчеистечение (8 случаев после ЭВХ). Также встречались: подпеченочный абсцесс (2 случая после ЭВХ и МЛТ), несостоятельность швов холедоха (2 после ЭВХ), некроз культи d. cysticus (1 после ЭВХ), гематома подпеченочного пространства (1 после ЭВХ), коагуляционный некроз ДПК (1 случай после МЛТ), перфорация острой язвы ДПК (1 случай после МЛТ).

Доля послеоперационных осложнений при малоинвазивных вмешательствах была значительно меньше, чем при традиционных операциях: 9,6%; 6,9% и 20,2% соответственно после минилапаротомических, эндовидеохирургических и традиционных вмешательств. Значительно реже встречались все виды осложнений, в том числе нагноение послеоперационной раны (рис. 3).

Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении послеоперационной летальности: 2,7%; 0% и 8,3% при минилапаротомических, эндовидеохирургических и традиционных вмешательствах (рис. 4).

Показатели послеоперационных осложнений и летальности после эндовидеохирургических и минилапаротомических операций объясняются особенностями распределения по возрасту, наличием сопутствующей патологии, длительностью заболевания у данных больных.

Выводы:

1. Традиционные вмешательства из лапаротомического доступа без предварительной декомпрессии билиарного тракта при ЖКБ, осложненной механической желтухой и холангитом, сопровождаются значительным количеством осложнений (20,2%) и высокой послеоперационной летальностью (8,3%).

2. Предварительные декомпрессионно-санационные вмешательства позволяют подготовить больных к радикальным операциям, а в некоторых случаях (19,9%) являются окончательным методом лечения.

3. Малоинвазивные радикальные операции являются методом выбора в лечении ЖКБ, особенно для больных группы высокого риска. Они позволяют снизить долю осложнений (с 20,0% до 7,4%) и летальности (с 8,3% до 1,35%) в послеоперационном периоде и получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения в 91,25% случаев.

Литература:

1. *Ветшев П.С., Чилингариди К.Е., Инполитов Л.И. и др.* Холецистэктомия из минидоступа с элементами открытой лапароскопической техники при хирургическом лечении желчекаменной болезни // Хирургия 1998; 9: 45–49.
2. *Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И.* Желчекаменная болезнь. — М: Издательский дом «Видар-М», 2000; 144.
3. *Добровольский С.Р., Богопольский П.М., Иванов М.П., Малахов А.В., Нагай И.В.* Холецистэктомия из минилапаротомного доступа (учебно-методическое пособие). — М: Изд-во РУДН 2005; 43.
4. *Попов А.Ф., Брискин Б.С., Малахов С.Н., Жандаров А.В.* Острый холецистит как проблема лапароскопической хирургии // Хирургия 1995; 5: 13–15
5. *Ходаков В.В., Рямов Ю.С.* Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа // Хирургия 1997; 8: 47–49.
6. *Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А.* Показания к вмешательствам из минилапаротомного доступа при желчекаменной болезни // Анналы хир 1996; 2: 43–47.
7. *Шулутко А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г.* Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчекаменной болезни // Анналы хир гепатол 1996; 1: 132–135.
8. *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): 1255–1258.
9. *O'Dwyer P.J., Murphy J.J., O'Higgins N.J.* Through a 5 cm subcostal incision // Br J Surg 1990; 77: 1189–1190.