

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

А.Д. ТИМОШИН, А.Л. ШЕСТАКОВ, А.В. ЮРАСОВ, А.Л. БАРНАЕВ

Отделение общей хирургии РНЦХ РАМН. Абрикосовский пер., д.2, Москва, Россия, 119874.

Обобщены результаты лечения больных с заболеваниями желчных путей с использованием малоинвазивных хирургических методик. Обсуждаются достоинства и недостатки лапароскопической холецистэктомии и операции из минилапаротомного доступа, уточняются показания и противопоказания, встречаемость осложнений и причины изменения доступа.

Достоинства лапароскопической холецистэктомии и операции из минилапаротомного доступа сделали эти вмешательства основными в хирургии желчных путей. Общеизвестно, что первые малоинвазивные операции были внедрены в клиническую практику, буквально, в течение нескольких лет и к началу 90-х годов в печати уже появились сообщения, объединяющие опыт лечения тысяч больных [3,4,5]. На сегодняшний день достаточно велик и опыт выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа [1,2]. Накопленный за последние годы опыт продемонстрировал как несомненные достоинства, так и серьезные недостатки и ограничения, присущие этим операциям. Кроме того, настала необходимость четко и беспристрастно оценить встречаемость непосредственных и отдаленных осложнений малоинвазивных методик, а также причин отказа от использования того или иного доступа.

Лапароскопическая холецистэктомия

К декабрю 2002 года в отделении общей хирургии РНЦХ РАМН лапароскопические холецистэктомии выполнены 808 больным, главным образом с желчнокаменной болезнью. Было 126 мужчин и 682 женщины в возрасте от 11 до 82 лет (средний возраст $49,8 \pm 0,5$ лет).

Заболевания желчного пузыря указаны в табл. 1.

Таблица 1

Заболевания желчного пузыря

Характер заболевания	Количество операций
Желчнокаменная болезнь	770
Полипоз, холестероз желчного пузыря	28
Бескаменный холецистит	8
Рак желчного пузыря	1
Разделенный желчный пузырь	1
Всего:	808

Острый холецистит, а также воспалительные и деструктивные осложнения со стороны желчного пузыря были у 119 больных (14,7%). Характер осложнений указан в табл. 2.

Таблица 2

Воспалительные и деструктивные осложнения желчнокаменной болезни

Воспалительно-деструктивные осложнения	Количество больных
Водянка желчного пузыря	22
Эмпиема желчного пузыря	46
Флегмона желчного пузыря	16
Перивезикальный инфильтрат	23
Перивезикальный абсцесс	4
Инфильтрат в области шейки желчного пузыря	23

В отделении общей хирургии сочетанные операции с использованием видеоэндоскопической техники выполнены 67 больным. Чаще всего холецистэктомия сочеталась с лапароскопической аппендэктомией, герниопластикой, фенестрацией кист печени и яичников. Кроме того, у 96 больных лапароскопические операции сочетались с традици-

онными вмешательствами, в том числе с резекцией щитовидной железы, грыжесечением, сафенэктомией.

Наш опыт включил также 26 больных (3,2%), потребовавших эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки в связи с холедохолитиазом или стенозом сосочка. В 23 случаях была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась больным в сроки до 5 суток после вмешательства на БСДК, до развития острого воспаления желчного пузыря.

Хорошие результаты были получены у 92,2% больных, интраоперационные и послеоперационные осложнения были у 7,8% больных.

Интраоперационные осложнения отмечены у 8 больных (1,0%). Интраоперационно во время лапароскопической холецистэктомии кровотечение из ложа желчного пузыря потребовало лапаротомии и ушивания ложа пузыря у одной больной, во втором случае ушивание ложа пузыря было выполнено из минилапаротомного доступа. В последнем случае кровотечение из пузырной артерии было остановлено лапароскопически. Пневмоторакс и пневмомедиастинум справа, в связи с травмой диафрагмы троакарном, развились во время операции у 1 больной. Был установлен дренаж в правую плевральную полость. Дальнейшее течение заболевания без осложнений.

Травма общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии была у 3 больных (0,4%). У 2 больных при лапаротомии выявлена травма протока клипсами с развитием механической желтухи и последующей перфорацией протока у одного больного. В обоих случаях потребовалось дренирование Т-образным дренажем. У одной больной термическое повреждение общего печеночного протока привело к развитию механической желтухи и желчного перитонита. Наложен гепатикодуоденоанастомоз, выполнена санация и дренирование брюшной полости.

Лапароскопическая холецистэктомия, как известно, оказывается невыполнимой у части больных. В настоящем исследовании переход к лапаротомии потребовался 27 больным (3,3%). Наиболее частым основанием для перехода явился выраженный воспалительный инфильтрат желчного пузыря, преимущественно в области шейки. Переход на лапаротомию почти в два раза чаще потребовался у мужчин и у больных старше 60 лет, хотя достоверных различий получено не было. Встречаемость перехода на лапаротомию была также достоверно выше при эмпиеме желчного пузыря ($p < 0,05$) и выраженном перивезикальном воспалении ($p < 0,01$).

Послеоперационный период протекал благоприятно у большинства больных. Средняя продолжительность госпитализации составила $13,9 \pm 0,3$ суток, продолжительность послеоперационной госпитализации - $6,9 \pm 0,2$ суток. Сроки послеоперационной госпитализации у больных достоверно ($p < 0,05$) повышались с возрастом, что объясняется тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде были у 46 больных (5,7%). Характер основных осложнений указан в табл. 3.

Таблица 3

Осложнения лапароскопической холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде

Осложнения в раннем послеоперационном периоде	Количество больных
Нагноение параумбиликальной раны	12
Скопление жидкости в ложе пузыря	4
Механическая желтуха	4
Желчный перитонит	3
Послеоперационный панкреатит	3
Желудочно-кишечное кровотечение	1

Оценка отдаленных результатов (на основании обращения больных) выявила послеоперационную параумбиликальную грыжу у 6 больных в различные сроки после операции, лигатурный свищ - у 1 больного, холедохолитиаз, потребовавший ЭПСТ, - у 1 больного.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Лапароскопическая методика, обеспечивая хорошие результаты у большинства больных с заболеваниями желчных путей, в ряде случаев оказывается невыполнимой. Для этих больных разработаны методики операции из минилапаротомного доступа, что также обеспечивает малую травматичность. Нами используются при операциях на желчных путях ранорасширители-ретракторы и инструменты для минилапаротомного доступа фирмы "SAN Ltd" (г. Екатеринбург).

Показания к холецистэктомии из минилапаротомного доступа ставились у больных после ранее перенесенной верхнесрединной лапаротомии с выраженным спаечным процессом в верхних отделах брюшной полости, с инфильтратом в правом подреберье на фоне хронической эмпиемы желчного пузыря, с холедохолитиазом и расширением внутрипеченочных желчных протоков, а также у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и легких (как противопоказание к наложению карбоксиперитонеума).

Операции, выполненные из минилапаротомного доступа, показаны в табл. 4.

Таблица 4

Операции, выполненные из минилапаротомного доступа

Характер операции	Количество больных
Холецистэктомия	130
Завершение лапароскопической холецистэктомии	5
Холецистэктомия, дренирование холедоха	5
Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия	3
Резекция культи пузырного протока	1
Всего:	144

Гладкое течение операции и послеоперационного периода было у 85,7% больных. Продолжительность госпитализации составила $17,7 \pm 0,8$ суток, послеоперационного лечения - $8,7 \pm 0,4$ суток. Общее количество осложнений составило 14,3%.

Расширение доступа потребовалось больным в связи с воспалительными изменениями в области шейки пузыря, подтеканием желчи из ложа пузыря и из дефекта стенки протока в области слияния культи пузырного протока и общего печеночного протока, а также у одной больной с ожирением 4 ст. в связи со значительной толщиной передней брюшной стенки и глубоким расположением шейки желчного пузыря. В целом, переход к стандартной лапаротомии потребовался в 5 случаях.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 11,8% больных. Наиболее частыми осложнениями были нагноения и инфильтраты послеоперационной раны, встретившиеся в начале освоения методики из-за неправильной установки ранорасширителей.

Современные малоинвазивные хирургические методы охватывают почти весь спектр заболеваний желчного пузыря, а показания к операциям из традиционного доступа возникают лишь при наличии тяжелых осложнений желчнокаменной болезни, требующих санации брюшной полости, а также при обоснованном подозрении на злокачественную опухоль желчного пузыря и ряде сопутствующих заболеваний. По нашим данным, лапароскопическая холецистэктомия выполнима более чем у 80% больных, холецистэктомия - у 15%. На долю традиционного вмешательства приходится менее 5% всех операций, выполняемых по поводу заболеваний желчевыводящих путей.

Таким образом, лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни, несомненно, являются операцией выбора. Холецистэктомия с использованием видеоскопической техники возможна не только при неосложненном холецистите, но и при осложненных формах заболевания, в том числе при заболеваниях общего желчного протока. Мы полагаем, что нет необходимости придерживаться особой тактики и торопиться переходить от лапароскопического вмешательства к обычному доступу у больных с осложнениями желчнокаменной болезни. Число случаев перехода на лапаротомию, в целом, невелико, и,

кроме того, по мере накопления опыта, от лапароскопического доступа приходится отказываться все реже. В тех случаях, когда это необходимо, показано применение минилапаротомного доступа. В целом, практически во всех случаях вмешательства на желчных путях можно выполнить с применением малоинвазивных методик.

Литература

1. Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шулутко А.М. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита. // Эндоскопическая хирургия. - 1996. - № 2. - С.12-16.
2. Шулутко А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнеев Л.В. Минилапаротомия в хирургическом лечении калькулезного холецистита // Хирургия. - 1997. - №1. - С.36-37
3. Cappuccino H., Cargill S., Nguyen T. Laparoscopic cholecystectomy: 563 cases at a community teaching hospital and a review of 12,201 cases in the literature. Monmouth Medical Center Laparoscopic Cholecystectomy Group // Surg.Laparosc.Endosc. - 1994. - №3. - P.213-221
4. Croce E., Azzola M., Golia M., Russo R., Pompa C. Laparocholecystectomy. 6,865 cases from Italian institutions // Surg Endosc. - 1994. - №9. - P.1088-1091
5. Go P.M., Schol F., Gouma D.J. Laparoscopic cholecystectomy in The Netherlands // Br.J.Surg. - 1993. - №9. - P.1180-1183.

EARLY AND LATE COMPLICATIONS AFTER MINI-INVASIVE BILIARY SURGERY

A.D. TIMOSHIN, A.L. SHESTAKOV, A.V. YURASOV, A.L. BARNAEV

Department of General Surgery *National Research Centre of Surgery. Abrikosovsky per., 2, Moscow, Russia, 119874*

We present a retrospective study of the results of mini-invasive biliary surgery. Advantages, indications and contraindications to laparoscopic and mini-access treatment, early and late complications is discussed.