

стенки желчного пузыря нажатием инструмента тотчас увенчалась успехом, при этом обнажилось перфоративное отверстие диаметром 0,3 см, из которого постепенно стала поступать пенящаяся светлая желчь. Состояние расценено как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная прикрытой перфорацией с сопутствующим хроническим калькулезным холециститом. Размер язвенной инфильтрации — 1,5 см.

Произведено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия 2-рядными швами прямой атравматической монофиламентной нитью (4/0 фирмы «ETHICON» с формированием интракорпоральных инструментальных узлов. Далее выполнена типичная лапароскопическая холецистэктомия без особенностей. Область ушитой перфорации дополнительно серитонизирована пряжей малого сальника на ножке с укреплением последнего тремя клипсами. Брюшная полость осушена электроотсосом, дренирована двумя 2-просветными трубками через доступы 3 и 4. В желудок введен назогастральный зонд. Оперативное вмешательство выполнено с использованием полного комплекса лапароскопического оборудования казанской фирмы «Эндомедиум».

Послеоперационный период протекал без

особенностей, проводилась инфузионная, антибактериальная терапия. На следующий день появилась вялая перистальтика, через день стали отходить газы. На 3-й сутки удалены дренажи из брюшной полости и назогастральный зонд; большой было разрешено принимать жидкую пищу, вставать. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 7-е сутки. На 9-й день после операции в удовлетворительном состоянии больная выписана домой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочнев О. С. Хирургия неотложных заболеваний.—Казань, 1981.
2. Мышкин К. И., Лагун М. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы.—Саратов, 1983.
3. Неймарк И. И. и др.//Хирургия.—1987.—№ 5.—С. 31—35.
4. Скрипниченко Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости.—Киев, 1986.
5. Чухриенко Д. П., Решетов Л. Д., Белый И. С., Бондаренко В. А. Хирургия прободных гастродуоденальных язв.—Киев, 1968.

Поступила 20.12.93.

УДК 616.366—072.1—089.87(470.41)

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*А. Н. Чугунов, В. Н. Войцехович, М. Д. Шакиров,
Л. Р. Речковский, Ю. А. Усолов*

*Кафедра травматологии и неотложной хирургии (зав.—проф. Р. А. Зулкарнеев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 18
(главрач — К. Ш. Зиятдинов), г. Казань*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных заболеваний. Несмотря на широкую пропаганду таких альтернативных методов лечения, как экстракорпоральная литотрипсия, растворение камней фармакопрепаратами, эндоскопическая и чрескожная экстракции конкрементов, большинство гастроэнтерологов отдают предпочтение радикальному удалению желчного пузыря как источника холелитиаза и последующих осложнений [1, 2, 3].

Стремительное развитие лапароскопической хирургии позволило сделать эту операцию менее травматичной, уменьшить число послеоперационных осложнений. В странах Западной Европы и США холецистэктомию выполняют лапароскопически в 90% случаев. При этом послеоперационный период уменьшается с 13 до 3,6, а сроки утраты трудоспособности — с 36 до 12 дней по сравнению с таковыми

при традиционном открытом методе удаления желчного пузыря [4, 5].

В клинической больнице № 18 г. Казани лапароскопическую холецистэктомию выполняют с октября 1991 г. Операции проводили с помощью оборудования фирмы «Карл Шторц» (Германия). С апреля 1992 г. стали использовать некоторые инструменты и аппараты казанской фирмы «Эндомедиум», а с января 1993 г. — весь их комплекс лапароскопического оборудования. Всего выполнено 320 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ).

Среди прооперированных больных было 295 женщин и 25 мужчин. Средний их возраст — 47 лет. Средняя продолжительность заболевания — 5 лет.

Показания к выполнению ЛХЭ те же, что и для открытой операции. В данном случае изменяется не характер вмешательства, а лишь способ удаления желчного пузыря. Тем не

мёнее показания к этой операции, особенно на первых порах, должны быть строго определены. Наиболее частым показанием к ЛХЭ служит хронический калькулезный холецистит. По поводу этой патологии было прооперировано 284 (88,8%) пациента. Острый холецистит ранее рассматривался как противопоказание к ЛХЭ из-за технических сложностей и опасности повреждения элементов гепатодуоденальной связки. Однако по мере накопления опыта выяснилось, что удаление воспаленного желчного пузыря в первые 48 ч с момента заболевания вполне возможно, хотя операция в этом случае становится сложнее и требует опыта в эндохирургии. Нами оперировано 16 (5%) таких больных. Эмпиема желчного пузыря была у 12 (3,8%) больных, водянка желчного пузыря — у 5 (1,6%) больных. Бескаменной холецистит, который также является показанием к ЛХЭ, диагностирован у одного (0,3%) больного. Бессимптомный холелитиаз обнаружен у 2 (0,6%) пациентов. Мы считаем, что при этой патологии следует оперировать, если у больных имеются множественные мелкие конкременты из-за опасности возможных осложнений в будущем.

Противопоказания к ЛХЭ разделяются на общие и местные. К первой группе относятся сопутствующие заболевания, при которых выполнение лапароскопии под общим обезболиванием опасно и может привести к нежелательным последствиям. К ним относятся сердечно-легочные заболевания в стадии суб- и декомпенсации, нарушения в системе гемостаза, разлитой перитонит, третий триместр беременности.

ЛХЭ производят в условиях пневмоперитонеума, приподнимающего диафрагму и нарушающего ее подвижность. Это может оказать отрицательное влияние на сердечную деятельность и дыхание, особенно при исходных отклонениях. В таких случаях операция посредством лапаротомии может быть предпочтительнее.

Вопрос о выполнении ЛХЭ у больных с ожирением до сих пор остается дискуссионным. С одной стороны, сама операция, безусловно, становится более сложной как на этапе введения троакара, так и при мобилизации шейки желчного пузыря. С другой —

больные именно этой категории тяжело переносят широкую лапаротомию, после которой послеоперационный период нередко осложняется расстройствами гемостаза и нарушениями со стороны сердечно-легочной системы. Ранняя активизация больных, проводимая после ЛХЭ, является лучшим способом профилактики данных осложнений. Тем не менее на этапе освоения ЛХЭ следует избегать больных с индексом ожирения более 30 кг/м². Нами прооперировано 11 (3,4%) больных с ожирением III степени.

Местными противопоказаниями являются острый холецистит на сроках более 2 суток с момента заболевания, неясная анатомическая ситуация и выраженные рубцовые изменения в зоне шейки желчного пузыря, сопутствующий острый панкреатит, механическая желтуха и холангит. Больных с механической желтухой на почве холедохолитиаза оперируют обычным способом либо им производят эндоскопическую папиллосфинктеротомию с извлечением камня из холедоха. После разрешения механической желтухи желчный пузырь можно удалить лапароскопическим путем. Противопоказаниям являются и внутренний билио-билиарный свищ (ситуация обычно распознается по ходу операции и требует выполнения срочной лапаротомии) и рак желчного пузыря.

Ранее перенесенная операция на органах верхнего этажа брюшной полости является абсолютным противопоказанием к ЛХЭ. Это справедливо для начинающих эндохирургов. По мере освоения техники эндоскопических вмешательств опытному хирургу удастся расширить показания к ЛХЭ и для этой категории больных. Введение первого троакара и лапароскопа в свободный от спаек отдел брюшной полости производится через небольшой разрез брюшной стенки под визуальным контролем. Нами выполнены 2 такие операции у больных, ранее перенесших резекцию желудка по Бильрот-II. Операции на нижнем этаже брюшной полости, например аппендэктомия, вмешательства на гениталиях, редко служат препятствием для выполнения ЛХЭ.

Обследование больного перед ЛХЭ

должно быть тщательным и всесторонним. Необходимо выявить все сопутствующие заболевания, особенно со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем, которые могут проявить себя по ходу ЛХЭ или в послеоперационном периоде.

Понятно, что особое внимание уделяется обследованию желчевыводящих путей. Ультразвуковое исследование (УЗИ) — информативный и достаточно надежный метод обследования желчных путей. Однако и он имеет пределы разрешающей способности, которая во многом зависит от квалификации врача, производящего исследование. Мы предпочитаем 2 — 3-кратное выполнение УЗИ с обязательным контролем со стороны специалиста, работающего в нашей клинике. При мелких конкрементах целесообразно выполнение УЗИ в день операции, так как камни могут мигрировать в протоки. В сомнительных случаях, при подозрении на холедохолитиаз, целесообразно до операции выполнение внутривенной холецистохолангиографии или РХПГ.

ЛХЭ следует проводить под интубационным наркозом с применением миорелаксантов. Релаксация необходима для обеспечения хорошего пневмоперитонеума и свободных манипуляций в брюшной полости. Важно, чтобы состояние релаксации поддерживалось на протяжении всей операции, иначе полноценная санация и заключительная ревизия брюшной полости будут затруднены. Необходимость декомпрессии желудка при помощи зонда сохраняется в течение всей операции.

Для выполнения такой объемной лапароскопической операции, как холецистэктомия, необходимо пользоваться всем комплексом оборудования для эндохирургии. Это обусловлено следующими особенностями ЛХЭ.

1. Операция осуществляется закрытым способом без выполнения широкого чревосечения. Для этого требуются лапароскоп, источник света большой мощности и гибкий световод, видеокамера, интравидеосистема, видеомагнитофон и видеомонитор.

2. Для осмотра брюшной полости и манипуляции инструментами необходимо свободное пространство между брюшной стенкой и органами. По-

этому накладывается пневмоперитонеум, который поддерживается на протяжении всей операции. Эту задачу выполняет аппарат газоподачи, поддерживающий давление газа в брюшной полости в течение всей операции на уровне 1,9 — 2,0 кПа.

3. Для удаления сгустков крови и излившейся желчи служит аспиратор-ирригатор, работающий в режиме нагнетания или отсасывания промывной жидкости.

4. Проблема предотвращения и остановки капиллярного кровотечения в лапароскопической хирургии решается использованием электроножа, соединяемого с различными электродами и работающего в режимах «резания» и «коагуляции».

Этапы операции следующие: 1) наложение пневмоперитонеума и введение троакаров; 2) обзорная лапароскопия; 3) создание «экспозиции» желчного пузыря; 4) выделение «шейки» желчного пузыря; пересечение пузырного протока и пузырной артерии; 5) мобилизация желчного пузыря; 6) удаление желчного пузыря; 7) дренирование брюшной полости.

Средняя продолжительность операции составила 90 минут.

Послеоперационный период в лапароскопической хирургии протекает значительно легче, чем после обычной операции, что связано с малой травматичностью метода. Как правило, не требуется введение наркотических анальгетиков. Антибиотики назначают лишь тем пациентам, которых оперируют по поводу острого холецистита. Дренаж удаляют через сутки, после этого больной встает, начинает ходить. Необходимости в инфузионной терапии при неосложненном течении обычно нет. К концу первых суток, как правило, восстанавливается перистальтика; больному разрешают пить, назначают стол 1а. Больных выписывают из стационара на 4 — 6-й день (средний койко-день — 4,7), хотя за рубежом 80 — 90% пациентов покидают госпиталь на 2-е сутки. Такая тактика вполне допустима, но требует специального наблюдения за пациентами над домом, так как послеоперационные осложнения могут проявиться на 3 — 4-й день. К концу 2-й недели пациенты возвращаются к полноценному активному образу жизни.

ни, хотя к тяжелому физическому труду можно приступить не ранее 4—5 недель после операции.

У 3—8% больных после выполнения ЛХЭ возможны две группы осложнений: во-первых, осложнения самой лапароскопии, хорошо описанные в литературе и связанные чаще всего с наложением пневмоперитонеума,— подкожная эмфизема, пневмомонтузм, кровотечение из сальника, перфорация полых органов, грыжи в месте прокола и др. (в целом их частота не превышает 1%, а смертность составляет 0,05% и непосредственно зависит от опыта хирурга), во-вторых, осложнения холецистэктомии.

ЛХЭ присущи все осложнения, типичные для открытой операции, однако их частота и характер могут быть иными. В целом при ЛХЭ они делятся на «большие», то есть представляющие непосредственную угрозу для жизни больного, и «малые», следствием которых является увеличение сроков госпитального периода и временной утраты трудоспособности.

Осложнения ЛХЭ наблюдались у 19 (5,9%) больных; из них «большие» — у 8 (2,5%) и «малые» — у 11 (3,4%). Умер один (0,3%) больной на 7-й день после ЛХЭ. Смерть наступила во время вводного наркоза, предпринятого с целью ревизии брюшной полости. На вскрытии обнаружены разлитой желчный перитонит, желченстечение из ложа желчного пузыря, множественные камни холедоха, коронаркардиосклероз, эмфизема легких.

Из «больших» осложнений повреждения внепеченочных желчных путей были у 2 (0,6%) больных, повреждения крупных сосудов — у 1 (0,3%), желченстечение с развитием перитонита — у 3 (0,9%), кровотечения из ложа желчного пузыря — у 2 (0,6%), оставленные камни холедоха — у 2 (0,6%); наружный желчный свищ и поздние стриктуры внепеченочных желчных протоков нами не наблюдались.

К «малым» осложнениям относятся нагноения в области послеоперационных ран — у 2 (0,6%) больных, грыжи в области проколов — у 1 (0,3%), выпадение конкрементов в брюшную полость — у 6 (1,9%), парез кишечника — у 1 (0,3%); подкожной эмфиземы более 24 часов и утери клипс не было.

В профилактике осложнений решающее значение имеют опыт хирурга, точное соблюдение техники и правильный подбор больных, особенно в периоде освоения техники. Важнейшей мерой предупреждения тяжелых осложнений, как и при открытых операциях, считается выполнение интраоперационной холангиографии. Необходимость в ней возникает редко, если было проведено полноценное дооперационное обследование желчевыводящих путей. В связи с подозрением на холедохолитиаз 7 (2,2%) больным была назначена интраоперационная холангиография.

Необходимость в немедленной лапаротомии по ходу ЛХЭ возникла у 11 (3,4%) больных. Причинами явились неясная анатомическая ситуация и выраженные рубцовые изменения в зоне шейки желчного пузыря (у 4), широкий пузырный проток (у 3), повреждения внепеченочных желчных протоков (у 2), кровотечение (у 2).

В ближайшем послеоперационном периоде лапаротомия потребовалась 3 (0,9%) пациентам: с внутрибрюшным кровотечением (1) и желчным перитонитом (2). В обоих случаях имелось желченстечение из ложа желчного пузыря.

Осложнений, связанных с неисправностью аппаратуры или поломкой инструментария, мы не наблюдали.

Анализ приведенных осложнений подтверждает необходимость тщательного обследования больных с ЖКБ (УЗИ в динамике, внутривенная холецистохолангиография, при необходимости ЭРПХГ). При малейших сомнениях в анатомии внепеченочных желчных путей или подозрении на холедохолитиаз показана интраоперационная холангиография. Завершать ЛХЭ необходимо дренированием брюшной полости. При коротком пузырном протоке, инфильтративных изменениях в «шейке» желчного пузыря, опасности повреждения внепеченочных желчных путей и крупных сосудов необходима немедленная лапаротомия.

На основании опыта первых 320 операций мы полагаем, что ЛХЭ как «малоннвазивное» вмешательство имеет большое будущее. Для нее характерны малая травматичность, хо-

роший косметический эффект. значительное сокращение госпитального периода. Для успешного выполнения этих операций необходимо иметь полный комплекс аппаратуры и инструментария. Следует надеяться, что по мере накопления опыта и совершенствования технологии число сторонников лапароскопической хирургии будет увеличиваться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочнев О. С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта.—Казань, 1984.
2. Савельев В. С., Буянов В. М., Лукомский Г. И. Руководство по клинической эндоскопии.—М., 1985.
3. Cuschieri A., Dubois F., Moniel J. et al.// Am. J. of Surg.—1991.— Vol. 161.— P. 385—387.
4. Dubois F., Berthelot G., Levard H.// Presse Med.—1989.— Vol. 18.— P. 980—982.
5. Soper N., Basteau S., Clauman L.// Surgery Jyneed, Obstetr.—1992.— Vol. 174.— P. 114—118.

Поступила 19.12.93.

УДК 616.366—072.1—089.87

ПЕЧЕНОЧНО-ПУЗЫРНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А. Е. Борисов, Л. А. Левин, В. П. Земляной,
Н. И. Глушков, Ю. В. Летина, В. Г. Медведев

Кафедра хирургической гепатологии (зав.—проф. А. Е. Борисов)
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

С дополнительными желчными протоками, по которым происходит частичный отток желчи из IV—V сегментов печени непосредственно в желчный пузырь, хирурги сталкиваются нечасто. Печеночно-пузырные желчные ходы, выстланные эндотелием, не имеют выраженной собственной гладкомышечной оболочки, как другие внепеченочные желчные протоки. Диаметр их невелик, а длина примерно соответствует толщине стенки тела желчного пузыря в области печеночного ложа. Обнаружить такие протоки во время холецистэктомии, выполняемой традиционным открытым способом, практически невозможно. Возникающее желчеистечение из них предотвращается или уменьшается сдавлением при ушивании печеночного ложа и скрадывается значительной примесью крови в раневом отделяемом в первые сутки после операции.

Использование лапароскопической техники холецистэктомии позволяет во время операции обнаружить печеночно-пузырные желчные ходы, благодаря значительному увеличению изображения и высокой разрешающей способности видеоаппаратуры. Вероятно, такая возможность появляется у хирурга с приобретением определенного «визуального навыка». Так, наличие печеночно-пузырных ходов мы впервые констатировали во время

вмешательства лишь после выполнения более 120 лапароскопических холецистэктомий. Но при последующих 70 операциях таковой вариант анатомического строения желчевыводящих путей был отмечен интраоперационно уже у 4 больных.

При подтягивании желчного пузыря в процессе выделения его из печеночного ложа в рыхлых тканях удается обнаружить короткий узкий тяж, напоминающий вену, идущий перпендикулярно к верхней стенке пузыря. После пересечения желчного хода вокруг дистального отрезка на стенке пузыря появляется пятнышко характерного желтого или бурого цвета с зеленоватым оттенком, иногда заметно подтекание желчи из пузыря и печеночного ложа. Во всех случаях диаметр обнаруженных печеночно-пузырных протоков был не менее 1,5—2,0 мм. Количество их у каждого из пациентов варьировало от 1 до 4. Рассечение протоков производилось крючком или диссектором в режиме коагуляции. В одном наблюдении приводящий отдел желчного хода диаметром 2 мм удалось клипировать до рассечения его электрокоагулятором, но это не предотвратило подтекания желчи из пузыря во время его выделения и удаления из брюшной полости.

Практически невозможно обнаружить желчные ходы до рассечения их