

УДК 616.381-072.1

ТЕХНИКО-ТАКТИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ОТКРЫТОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ МИНИДОСТУПА

С.А. Колесников, С.Г. Горелик, О.В. Захаров

Муниципальная городская клиническая больница № 1, г. Белгород, Россия

Реферат. Авторами разработаны и успешно применены оригинальные инструменты (ретрактор, кровоостанавливающий зажим, ранорасширитель, клиппапликатор) для оперативных вмешательств методом открытой лапароскопии из минилапаротомного доступа, применительно к технически «трудным», нестандартным ситуациям в хирургии калькулезного холецистита, деструктивного панкреатита, острого аппендицита, паховых и бедренных грыж, перфоративных гастро-дуоденальных язв. «Сдержанная» тактика лечение острого калькулезного холецистита, с приоритетом в отношении раннего пункционного дренирования под ультрасонографическим контролем и последующей холецистэктомией из мини доступа позволила в группе 205 больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска снизить уровень осложнений в 6 раз, летальность – в 3 раза.

Ключевые слова: миниинвазивные вмешательства, хирургия минидоступа.

Приоритетной тенденцией современной хирургии является внедрение наукоемких технологий. В связи с этим широкомасштабное распространение малоинвазивных способов лечения заболеваний органов брюшной полости можно признать концептуальным. Тем не менее, существуют сдерживающие объективные ограничения организационного, тактического и технического плана, особенно присутствующие для общехирургических стационаров городского и районного звена.

«Трудные» случаи обусловлены не субъективным восприятием ситуации, а объективными обстоятельствами, представляющими сложность для врача любой квалификации, любого лечебного учреждения. Речь не идет об искусственно превнесенных трудностях с целью их «героического» преодоления, а об обстоятельствах, когда выбранный метод является оптимальным или единственно возможным.

Применительно к открытой лапароскопии из мини доступа это выражается в том, что операции видеолaparоскопическим методом представляют чрезвычайную техническую сложность (вплоть до невыполнимости), а операции из широкого лапаротомного доступа, при незначительном техническом облегчении – травматичны или тактически чрезвычайно опасны из-за высокой степени операционно-анестезиологического риска.

Тактически «трудные» случаи – обусловлены:

1. сопутствующими заболеваниями, детерминирующими значительную или высокую степень риска

2. обусловлены косметическим аспектом

Технически «трудные» случаи – обусловлены:

1. анатомо – конституциональными особенностями:

а) ожирением

б) атипичным расположением большого органа

2. морфологическими особенностями зоны патологического процесса:

а) перенесенными ранее оперативными вмешательствами;

б) степенью выраженности патологического процесса;

в) необходимостью выполнения дополнительного этапа вмешательства на других органах.

Материал и методы

За период 2001 – 2008 гг. в Белгородской муниципальной городской клинической больнице №1 выполнено 11651 оперативное вмешательство на органах брюшной полости (плановых – 4419; экстренных – 7232). Видеолaparоскопических холецистэктомий (ВЛХЭ) – 1037; холецистэктомий из мини лапаротомного доступа (ХЭМД) – 1014. В группе, оперированных методом открытой лапароскопии из мини доступа, с хроническим холециститом был 441 больной, из них с холедохолитиазом 6. Острый холецистит был у 473 больных. Флегмонозный у – 233, гангренозный у – 202, острый гангренозный в инфильтрате с парапузырным абсцессом у 38, острый холецистит с холедохолитиазом у 24, острый холецистит с пузырнохоледохеальным и пузырнодуоденальным свищем у 3, острый холецистит со стриктурой большого дуоденального соска и вколоченным камнем у 3, поствидеолaparоскопический холецистэктомический синдром у 2 (длинная культя пузырного протока – 1; оставленная часть желчного пузыря с пузырным протоком и конкрементом – 1). Полипоз желчного пузыря имелся у 9 больных, рак желчного пузыря у 3.

За период 2004 – 2008 гг. находилось на лечении 205 больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска (классификация ASA). Контрольную группу составили 103 больных, основную – 102. По возрастному, половому и морбидному составу группы полностью сопоставимы. В контрольной группе использовалась активная тактика лечения, с приоритетом в отношении ранней холецистэктомии малоинвазивным методом, в основной – «сдержанная», с приоритетом в отношении раннего пункционного дренирования желчного пузыря под ультразвукографическим контролем. В контрольной группе выполнено 43 видеолaparоскопических (ВЛХЭ) холецистэктомии; 46 холецистэктомий из мини доступа (ХЭМД); 14 больным выполнена холецистостомия под лапароскопическим контролем или под местной анестезией.

Обработка полученных данных проводилась методами математической статистики на базе программ «Excel 2003» и «BIOSTAT».

Результаты и обсуждение

Видеолaparоскопическая холецистэктомия в 2,5% случаях потребовала конверсии на лапаротомию, причем у больных старше 60 лет в 1,8% случаев. Основной причиной явился парапузырный инфильтрат (3 случая из 7). В аналогичных случаях для холецистэктомии из мини доступа расширения доступа не потребовалось.

В контрольной группе больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска перенесших ВЛХЭ получено 11,6% интраоперационных осложнений (кровотечения – 4; повреждение общего желчного протока – 1). Ранние послеоперационные раневые осложнения отмечены в 8 (18,6%) случаях, общесоматические – в 18 (14,9%), из которых в 5 (11,6) – пневмонии, в 1 (2,3%) – инфаркт миокарда, в 1 (2,3%) – нарушение мозгового кровообращения, тромбоз глубоких вен голени – в 3 (7,3%).

Интраоперационные осложнения у больных, перенесших ХЭМД – следующие: кровотечения – 2 (4,3%), отрыв пузырного протока – 1 (2,2%), ранение холедоха 1, всего 4 (8,7%). Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 5 случаях: 1 (2,2%) – раневое, 3 (6,5%) – перитонеальных (1 – кровотечение, 2 – длительная желчея по дренажу). Общесоматических осложнений получено 1 (2,2%) – пневмония.

Холецистостомия в контрольной группе в 100% закончилась раневыми осложнениями, в 3 случаях – общесоматическими, в 1 – летальным исходом.

Всего в контрольной группе получено 49 (47,6%) осложнений: интраоперационных – 9 (8,7%); раневых 23 (22,3%); общесоматических – 14 (13,6%); летальность составила 2,9% (3 случая).

В основной группе больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска перенесших ХЭМД (22 больных) получено 1 раневое осложнение (нагноение раны). Среди 16 больных перенесших ХЭМД после чрескожной чреспеченочной холецистостомии получено 1 общесоматическое осложнение. У 57 больных хирургическое лечение ограничилось чрескожной чреспеченой холецистостомией (16 – отказались от дальнейшего лечения, 43 – не удалось корригировать полиморбидный фон до состояния стабильной субкомпенсации). Интраоперационных осложнений получено 4 (7,0%), общесоматических – 2 (3,5%). Летальность зарегистрирована в 1 случае (1,0%).

Таким образом, осложнения удалось сократить в 6 раз (47,6% в контрольной группе 7,6% в основной), летальность – в 3 раза (2,9% в контрольной группе, 1,0% – в основной).

С целью преодоления технических трудностей при выполнении оперативных вмешательств из мини доступа, нами внедрены несколько хирургических инструментов, в том числе оригинальных (4 государственных патента). Основными являются многолепестковый ретрактор, ранорасширитель, клипаппликатор (см. рис.), кровоостанавливающий зажим, адаптированные к операциям методом открытой лапароскопии из мини лапаротомного доступа.

Из 1014 холецистэктомий из мини доступа в 176 объективно «трудных», не стандартных (сложных) случаях были использованы дополнительные инструменты. В 1 случае был наложен холедоходуоденоанастомоз, 1 – холедохолитотомия дополнена трансдуоденальной папиллосфинктеротомией, 2 – устранены пузырнохоледохеальные свищи, 2 – поствидеолaparоскопических синдрома, 3 – холецистэктомии по поводу рака желчного пузыря. Получе-



Рис. Клипаппликатор

ны 8 интраоперационных осложнения, 6- раневых, 18- общесоматических, умер 1 больной.

12 – больных оперированы по поводу панкреонекроза с его осложнениями, 41 – по поводу перфоративных дуоденальных язв, 8 – наложены подвесные еюностомы, 21 больной оперирован из мини доступа по поводу паховых (в том числе рецидивных) грыж, 3 – пупочных. Из 2885 больных оперированных по поводу острого аппендицита, у 122 имелись объективные технические сложности (атипичное расположение червеобразного отростка; парааппендикулярный инфильтрат; короткая, рыхлая, инфильтрированная брыжейка; сочетание острого аппендицита с заболеваниями придатков матки), преодолеть которые инструментами из большого хирургического набора, а так же применением инструментов из базового набора «мини-ассистент» не удается, что требует расширения доступа и заканчивается раневыми осложнениями в 72% случаев. У 58 использованы дополнительные инструменты с положительным результатом.

Это подтверждает теоретическую обоснованность и практическую значимость дополнительных инструментов к набору «мини-ассистент» и дает основания к их дальнейшему масштабному применению с целью сохранения малой агрессивности в «трудных» случаях абдоминальной хирургии.

З а к л ю ч е н и е

«Трудные» (нестандартные) случаи в малоинвазивной абдоминальной хирургии явление не редкое для общехирургических стационаров городского и районного звена. Последние преобладают среди больных старшей возрастной группы, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, представляющими категорию

высокой степени операционно-анестезиологического риска. Соблюдение принципа малой инвазивности является для них оптимальным, если не единственно возможным. Наиболее перспективным, на наш взгляд, являются операции из мини доступа с элементами открытой лапароскопии. Применение базового набора инструментов «мини-ассистент», зачастую, не дает возможности «быстро, надежно, удобно, просто» устранить все технические трудности во время операции, особенно при лечении осложненных форм желчекаменной болезни, острого аппендицита, панкреонекроза, рецидивных паховых грыж.

Предложенные дополнительные, в том числе оригинальные инструменты, облегчают выполнение основных этапов операции, что является профилактикой послеоперационных осложнений и может быть рекомендовано для широкого практического применения.

TECHNIC-TACTICAL INNOVATIONS IN OPEN LAPAROSCOPIC SURGERY OF MINIACCESS

S.A. Kolesnikov, S.G. Gorelik, O.V. Zaharov

Abstract. Special tools for surgical operations with the method of an open laparoscopy from minilaparotomic admission are developed and successfully used by the authors (these tools are ecarteur, hemostatic forceps, retractor, clipapplicator) for “difficult” technically and irregular cases in the surgery of calculous cholecystitis, destructive pancreatitis, acute appendicitis, inguinal and femoral hernia, perforated gastroduodenal ulcer. The tactics of the medical treatment of the calculous cholecystitis with the early paracentetic catchment in a reserved way under the ultrasonographic control and the following cholecystectomy from miniadmission makes the level of the complications for the group of 205 patients with the high degree of the operationally anesthetic risk six times less, and also makes the lethal outcomes three times less.

Key words: miniinvasive interventions, миниминвазивные вмешательства, хирургия минидоступа.