Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни

К.м.н. Ю.Г. АЛИЕВ

Nonlaparotomic access for the surgical treatment of cholelithiasis

YU.G. ALIYEV

ГКБ №2 им. Э. Эфендиева, Баку; кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии (зав. — проф. Ю.В. Таричко) Российского университета дружбы народов, Москва

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хирургическое лечение, холецистэктомия из минидоступа.

Key words: cholelithiasis, surgical treatment, nonlaparotomic, access.

В течение многих десятилетий единственным способом лечения желчнокаменной болезни была холецистэктомия, выполняемая из лапаротомного доступа, обеспечивавшего хороший обзор и возможность проведения любых манипуляций. В то же время очевидно, что большой разрез — это существенная травма ткани, сопровождаемая, кроме того, повреждением чувствительных и двигательных нервных волокон, а значит, приводящая к выраженному болевому синдрому и ограничению подвижности больного в раннем послеоперационном периоде.

Не случайно в 90-е годы на фоне развития новых технологий, появления видеотехники и оптических приборов на основе гибких световодов были широко внедрены так называемые малоинвазивные хирургические методики, к которым были отнесены лапароскопические вмешательства и операции из минидоступа [5—7, 12, 15, 21, 36]. Все последующие годы на страницах отечественной и зарубежной медицинской печати активно обсуждались достоинства и недостатки этих вариантов холецистэктомии.

Несомненно, большинство хирургов расценивают лапароскопическое вмешательство как «золотой стандарт» холецистэктомии. Однако даже в годы внедрения этого вмешательства в широкую практику стали очевидны присущие ему недостатки, в том числе влияние карбоксиперитонеума, трудности в проведении операции при наличии спаечного процесса в брюшной полости, опасность повреждения смежных органов и ряд иных. Таким образом, лапароскопическая методика, обеспечивая хорошие результаты у большинства больных с заболеваниями желчных путей, была в ряде наблюдений невыполнимой (или трудновыполнимой) и сопровождалась тяжелыми осложнениями [13, 14]. Это обстоятельство заставило искать альтернативные варианты малоинвазивных вмешательств.

Поиски возможности выполнить холецистэктомию в традиционной хирургической технике через разрез брюшной стенки в правом подреберье длиной несколько сантиметров, названный холецистэктомией из минидоступа, в каком-то смысле явились попыткой объединить преимущества традиционного и лапароскопического доступов.

Разработанные методики операций из минилапаротомного доступа различны [2, 3, 7, 11, 15, 20, 30, 38, 40], их выполняют с использованием специальных ретракторов-ранорасширителей [8, 17, 38] либо особых приспособлений, отграничивающих операционное поле [36]. Отличается и локализация доступа. Чаще всего используют косой разрез в правом подреберье [18] либо вертикальный парамедиальный разрез справа или срединный доступ [8, 35, 39]. Объединяет все эти варианты величина доступа, составляющая от 2—2,5 до 5—7 см [8, 9, 17, 25, 27, 28, 35], что, по мнению большинства авторов, и обеспечивает малую травматичность подобных вмешательств [21, 24].

За последние годы накопленный опыт выполнения холецистэктомий из минилапаротомного доступа позволил сравнить результаты этих операций с таковыми как при традиционном вмешательстве, так и при лапароскопическом. Преимущества холецистэктомии из минидоступа, как и обычной холецистэктомии, заключаются в использовании привычной для хирурга техники, в возможности полноценной ревизии желчных путей, выполнении холецистэктомии «от дна» и ушивании ложа желчного пузыря, что технически сложно при лапароскопическом вмешательстве [12]. При возникновении интраоперационных осложнений доступ быстро можно перевести в обычный. Немаловажны и сравнительно более низкая стоимость инструментов для выполнения минилапаротомного доступа, а также возможность быстрого обучения хирургов [7, 12, 14, 17, 18, 20, 31, 39].

Сравнительные результаты холецистэктомии из минидоступа и традиционного вмешательства представлены довольно полно. По данным М.И. Прудкова и соавт. [8], холецистэктомия из минидоступа облегчала течение послеоперационного периода и позволяла уменьшить длительность послеоперационной госпитализации более чем в 2 раза (до 3 сут). Даже больные с холедохолитиазом, по данным автора, могли быть выписаны в течение недели. Есть, правда, и иные данные. В частности, на основании

© Ю.Г. Алиев, 2013

e-mail: Yusif_aliev2006@mail.ru

рандомизированного исследования S. Oyogoa и соавт. [32] не отметили достоверных различий в продолжительности операции и периода госпитализации при использовании лапароскопического метода и минидоступа [5].

М.И. Прудков и соавт. [7, 8] считают также, что холецистэктомия из минилапаротомного доступа дает меньшее количество послеоперационных осложнений, чем традиционная, а частота повреждений общего желчного протока ниже, чем при лапароскопическом доступе.

Более поздние работы, основанные на большом клиническом опыте, подтверждают этот вывод. Так, В.Г. Агаджанов и соавт. [1] сообщили о 13 (0,4%) наблюдениях повреждений магистральных желчных протоков, произошедших во время 3328 операций из минидоступа при желчнокаменной болезни и ее осложнениях. Авторы считают, что операции из минидоступа, выполненные по поводу желчнокаменной болезни, сопровождаются низким уровнем повреждения общего желчного и общего печеночного протоков.

T. Nagakawa [28] показал, что интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции и количество осложнений при выполнении вмешательства из малого доступа не отличаются от соответствующих показателей при традиционной холецистэктомии.

Тем не менее, если преимущества операций из минидоступа по сравнению с традиционными не вызывают сомнений у большинства хирургов, то данные сопоставления результатов холецистэктомии из минидоступа и лапароскопического вмешательства неоднозначны [14]. В частности, M. Al-Tameem [17], A. McMahon и соавт. [25, 26] показали, что для выполнения операции из минидоступа требуется меньшее время. G. Secco и соавт. [37] утверждают, что различий по этому параметру между группами нет.

По данным A. McMahon и соавт. [25], длительность пребывания в стационаре после операции была на 2 сут больше после холецистэктомии из минидоступа по сравнению с лапароскопическим вмешательством, это согласуется с точкой зрения других авторов [3, 7, 36]. A. McMahon и соавт. [25] отметили, что после лапароскопического вмешательства больные быстрее возвращались к нормальной деятельности, I. Rozsos [34] придерживается противоположной точки зрения. G. Secco [37] и соавт. не наблюдали различий в продолжительности госпитализации, однако подтвердили, что время восстановления работоспособности после лапароскопической холецистэктомии в 2 раза меньше.

Несомненным преимуществом вмешательств из минилапаротомного доступа, по мнению многих авторов, является отсутствие напряженного карбоксиперитонеума, а значит, и возможных интраоперационных изменений системных дыхательных и гемодинамических показателей, встречающихся во время лапароскопических операций. В то же время оценка функции внешнего дыхания до и после операции, а также в отдаленном периоде и газового состава крови до операции, во время вмешательства и в 1-й день после операции была проведена F. Keus и соавт. [22] в группах больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из минилапаротомного доступа. Авторы не выявили значимых различий между группами по степени изменений легочных функций.

Общее количество осложнений при этой операции составило 2,5—12,5% [4, 7, 10, 17, 36]. Наиболее частым осложнением (0,9—1,1%) было нагноение послеоперационной раны [7, 8, 20, 36]. После холецистэктомии из минилапаротомного доступа, кроме того, описаны и довольно тяжелые осложнения (подтекание желчи из ложа пузыря или культи пузырного протока, формирование подпеченочного абсцесса, кровотечение), хотя частота их невелика [7, 8, 17, 39], а также травма общего желчного протока. Повреждение элементов печеночно-двенадцатиперстной связки отмечалось во время этого вмешательства в 0,2—2,5% наблюдений [7, 10, 16]. Во всех наблюдениях авторы прибегли к расширению доступа и выполнению дренирующих и реконструктивных вмешательств.

В целом хорошие результаты при холецистэктомии из минидоступа получены в 97,0—99,3% наблюдений [4, 13, 14, 17, 39]. Ожирение и предшествующие вмешательства на органах брюшной полости не стали препятствием для выполнения этого вмешательства [36], хотя в 1,5—12,0% наблюдений был необходим переход к обычному доступу [4, 7, 8, 10, 11, 15, 17, 20, 36].

Важным обстоятельством, обсуждаемым в последние годы, явилась экономическая эффективность холецистэктомии из минилапаротомного доступа, этому вопросу был посвящен ряд фармакоэкономических исследований [29, 33]. Так, N. Calvert и соавт. [19] провели сравнительный анализ стоимости хирургических операций из минилапаротомного и лапароскопического доступов. Авторы показали, что операция из малого доступа была на 29% дешевле, чем лапароскопическая процедура (в среднем 995 и 1397 фунтов стерлингов соответственно). По данным F. Keus и соавт. [23], лапароскопическое вмешательство и холецистэктомия из минилапаротомного доступа были сопоставимы по основным клиническим параметрам, однако продолжительность вмешательства из малого доступа была существенно меньше, кроме того, этот вариант операции был достоверно менее затратным.

G. Secco и соавт. [37] показали, что выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа дает существенную экономию на госпитальном этапе, хотя лапароскопическое вмешательство в дальнейшем ускоряет восстановление работоспособности. Авторы считают оптимальным вариант вмешательства из малого доступа для больных, которым не требуется быстрое возвращение к работе.

Таким образом, холецистэктомия из минилапаротомного доступа обладает существенными достоинствами как альтернативный лапароскопическому вмешательству метод хирургического лечения желчнокаменной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агаджанов В.Г., Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Чантурия М.О., Насиров Ф.Н., Натрошвили А.Г., Кяров Н.Х.* Повреждения магистральных желчных протоков при холецистэктомии из мини-доступа. Рос мед журн 2011; 2: 18—20.

2. *Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Нестеров С.С., Лозовой А.В., Спиридонов Е.Г., Овчаров А.Н., Земцов Р.В.* Профилактика и лечение осложнений малоинвазивных операций при калькулезном холецистите». Российский симпозиум «Осложнения эндоскопической хирургии». М: НЦХ РАМН 1996; 30—32.

3. *Бебуришвили А.Г., Спиридонов Е.Г., Лозовой А.В.* Отдаленные результаты малоинвазивных хирургических вмешательств при калькулезном холецистите. Тезисы 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М 1997; 15—17.
4. *Благитко Е.М., Толстых Г.Н., Лебедева Л.М.* Сравнительная оценка результатов лапароскопических холецистэктомий и холецистэктомий из мини-доступа. Тезисы 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М 1997; 19—21.
5. *Добровольский С.Р., Богопольский П.М., Нагай И.В., Дандарова Ж.Б., Мирзабекян Ю.Р., Колмаков Д.А.* Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии. Хирургия 2004; 7: 56—61.
6. *Поташев Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М., Семенов Д.Ю.* Возможности малоинвазивной хирургии в лечении холедохолитиаза. Тезисы международной конференции «Новые возможности и перспективы развития эндоскопической хирургии». СПб 1995; 43—44.
7. *Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шулутко А.М.* Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита. Эндоскоп хир 1996; 2: 12—16.
8. *Прудков М.И., Зайков С.А., Прудков А.М., Падерин А.А.* Методика и результаты операций на желчном пузыре и протоках, выполненных из минилапаротомного доступа с элементами открытой лапароскопии. Научно-практическая конференция «Методы малоинвазивной хирургии в лечении органов грудной и брюшной полости». М 1995; 13.
9. *Прудков М.И., Кармацких А.Ю., Нишневич Е.В.* Опыт применения холецистэктомии из минилапаротомного доступа в лечении острого калькулезного холецистита. Сборник научных трудов Всероссийской научной конференции «Актуальные проблемы хирургии» посвященной 130-летию со дня рождения проф. Н.Н. Напалкова. Ростов-на-Дону 1998; 56.
10. *Сапрыкин А.А., Широкоряд А.В., Ефремова Е.В.* Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни. Тезисы 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М 1997; 102—103.
11. *Слесаренко С.С., Федоров В.Э.* Малоинвазивные технологии при выполнении холецистэктомии. Российский симпозиум «Осложнения эндоскопической хирургии». М: НЦХ РАМН 1996; 142—144.
12. *Тимошин А.Д., Шестаков А.Л. Юрасов А.В.* Показания к вмешательствам из минилапаротомного доступа при желчнокаменной болезни. Международная конференция «Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны». М 1995; 101—102.
13. *Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В.* Холецистэктомия из минилапаротомного доступа. Материалы 1-й Российской гастроэнтерологической недели. СПб: Рос журн гастроэнтерол, гепатологии 1995; 3: 231.
14. *Шестаков А.Л., Тимошин А.Д., Юрасов А.В. и др.* Хирургическая травма при малоинвазивных вмешательствах. Эндоскоп хир 1999; 2: 75.
15. *Шулутко А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнев Л.В.* Минилапаротомия в хирургическом лечении калькулезного холецистита. Хирургия 1997; 1: 36—37.
16. *Шулутко А.М., Насиров Ф.Н., Данилов А.И., Летенков В.Н.* Профилактика осложнений при выполнении холецистэктомий из малых доступов. Российский симпозиум «Осложнения эндоскопической хирургии». М: НЦХ РАМН 1996; 178—180.
17. *Àl-Tameem M.M.* Minilaparotomy cholecystectomy. J R Coll Surg Edinb 1993; 38: 3: 154—157.
18. *Assalia A., Schein M., Kopelman D., Hashmonai M.* Minicholecystectomy vs conventional cholecystectomy: a prospective randomized trial--implications in the laparoscopic era. World J Surg 1993; 17: 6: 755—759.
19. *Calvert N.W., Troy G.P., Johnson A.G.* Laparoscopic cholecys-tectomy: a good by? A cost comparison with small-incision (mini) cholecystectomy. Eur J Surg 2000; 166: 10: 782—786.
20. *Daou R.* Cholecystectomy using a minilaparotomy. Ann Chir 1998; 52: 7: 625—628.
21. *Horvath O.P.* Minimal invasive surgery. Acta Chir Hung 1997; 36: 1—4: 130—131.
22. *Keus F., Ahmed Ali U., Noordergraaf G.J., Roukema J.A., Gooszen H.G., van Laarhoven C.J.* Anaesthesiological considerations in small-incision and laparoscopic cholecystectomy in symptomatic cholecystolithiasis: implications for pulmonary function. A randomized clinical trial. Acta Anaesthesiol Scand 2007; 51: 8: 1068—1078.
23. *Keus F., Gooszen H.G., van Laarhoven C.J.* Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews. Cochrane Database Syst. Rev 2010; 20: 1: CD008318.
24. *Ludwig K.A., Frantzides C.T., Carlson M.A., Grade K.L.* Myoelectric motility patterns following open versus laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendosc Surg 1993; 3: 5: 461—466.
25. *McMahon A.J., Russell I.T., Baxter J.N., Ross S., Anderson J.R., Morran C.G., Sunderland G., Galloway D., Ramsay G., O'Dwyer P.J.* Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomised trial. Lancet 1994; 343: 8890: 135—138.
26. *McMahon A.J., Russell I.T., Ramsay G., Sunderland G., Baxter J.N., Anderson J.R., Galloway D., O'Dwyer P.J.* Laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy: a randomized trial comparing postoperative pain and pulmonary function. Surgery 1994; 115: 5: 533—539.
27. *Nagakawa T.* Biliary surgery via minilaparotomy-a limited procedure for biliary lithiasis. HPB Surg 1993; 6: 4: 245—254.
28. *Nagakawa T.* Cholecystectomy followed by one inch minilaparotomy. Nippon Rinsho 1993; 51: 7: 1834—1839.
29. *Nilsson E., Ros A., Rahmqvist M., Bäckman K., Carlsson P.* Cholecystectomy: costs and health-related quality of life: a comparison of two techniques. Int J Qual Health Care 2004; 16: 6: 473—482.
30. *Neugebauer E., Ure B.M., Troidl H.* Laparoskopische Cholecystektomie versus Mini-Lap-Cholecystektomie. Chirurg 1993; 64: 5: 427—428.
31. *Olsen D.O.* Mini-lap cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165: 4: 440—443.
32. *Oyogoa S.O., Komenaka I.K., Ilkhani R., Wise L.* Mini-laparotomy cholecystectomy in the era of laparoscopic cholecystectomy: a community-based hospital perspective. Am Surg 2003; 69: 7: 604—607.
33. *Ros A., Carlsson P., Rahmqvist M., Bäckman K., Nilsson E.* Non-randomised patients in a cholecystectomy trial: characteristics, procedures, and outcomes. BMC Surgery 2006; 6: 17.
34. *Rozsos I.* A minimalisan invasiv cholecystectomia alternativai. Orv Hetil 1993; 134: 1083—1087.
35. *Safatle N.F., da-Costa-Filho J., Ciasca D.V., Ribeiro A.V.* Colecistectomia por minilaparotomia mediana. Nova metodizacao. Arq Gastroenterol 1991; 28: 4: 119—123.
36. *Schumacher F.J., Kohaus H.M.* Die Cholecystektomie uber einen Operationstubus bei 800 Patienten. Chirurg 1994; 65: 4: 373—376.
37. *Secco G.B., Cataletti M., Bonfante P., Baldi E., Davini M.D., Biasotti B., Ravera G., Ferraris R.* Laparoscopic versus mini-cholecystectomy: analysis of hospital costs and social costs in a prospective randomized study. Chir Ital 2002; 54: 5: 685—692.
38. *Tacla M.* Minicolecistectomia. Arq Gastroenterol 1991; 28: 4: 17—118.
39. *Tyagi N.S., Meredith M.C., Lumb J.C., Cacdac R.G., Vanterpool C.C., Rayls K.R., Zerega W.D., Silbergleit A.* A new minimally invasive technique for cholecystectomy. Subxiphoid «minimal stress triangle»: microceliotomy. Ann Surg 1994; 220: 5: 617—625.
40. *Vallance S.* Minilaparotomy cholecystectomy. J R Coll Surg Edinb 1994; 39: 1: 62.

Поступила 30.10.12