

КАЩЕЕВ ВИКТОР ИВАНОВИЧ

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

14.00.27 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2007

Работа выполнена в Российском университете дружбы народов и
клинической больнице № 85 ФМБА России

Научный руководитель

доктор медицинских наук

Протасов Андрей Витальевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Федоров Андрей Владимирович

доктор медицинских наук

Хатьков Игорь Евгеньевич

Ведущее учреждение

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Защита диссертации состоится «___» _____ 2007 года, в «___» часов
на заседании диссертационного совета Д 212.203.09 в Российском универси-
тете дружбы народов по адресу: 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая д.8).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке (Адрес: 117198,
Москва, ул. Миклухо-Маклая д.6).

Автореферат разослан «_____» _____ 2007 года.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Э.Д.Смирнова

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Хирургов всегда не удовлетворял тот факт, что доступ к объекту хирургического вмешательства может занимать почти такое же время, что и операция. Для преодоления этого разногласия были разработаны разрезы, максимально щадящие ткани, и специальные расширители ран, помогающие выполнять процедуры через наименьшие разрезы. Маленький разрез всегда делает операцию трудоемкой и вряд ли экономит время, поэтому ироничные хирурги прозвали эти попытки «хирургией через замочную скважину». По той же причине часто употребляется старое немецкое выражение “Grosse Chirurgie machen grosse Schnitte” («Большой хирург делает большой разрез»). Известно, что пациенты во многом оценивают качество операции по тому, что они могут видеть - рубцу на их коже. Поэтому понятен энтузиазм хирургов при внедрении видеохирургической техники.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала основным методом хирургического лечения хронического и острого холецистита (Галлингер Ю.И. и соавт., 2000; Ермолов А. С. с соавт., 2000; Уханов А.П. 2000; Афендулов С. А. с соавт., 2000; Багненко С.Ф. с соавт., 2000; Атамурзаев М. М. с соавт., 2000; Стрижелецкий В.В. с соавт., 2000; Красильников Д.М. 1997; Кригер А.Г. 2001; Лобанков с соавт 1998; Давыдов А.А. 2002; Красилов В.Л. 2002). Использование современных технологий позволяет достаточно точно контролировать все манипуляции, выполняемые хирургом. Лапароскопическая операция представляется на сегодня вмешательством с прецизионным выделением, пересечением или анастомозированием анатомических структур, отсутствием кровопотери, инфицирования брюшной полости и брюшной стенки (Емельянов С.И. и соавт., 2003;

С другой стороны давно возникла идея одномоментного выполнения нескольких операций. Первое упоминание о сочетанной коррекции двух хирургических заболеваний относят к 1735 году, когда Claudius выполнил аппендэктомию и герниопластику одиннадцатилетнему мальчику. Резко возросший интерес к данной проблеме объясняется целым рядом причин: увеличением продолжительности жизни, совершенствованием диагностических методик, улучшение анестезиологического и реанимационного пособия, широким внедрением малоинвазивных вмешательств (Тимошин А.Д. и соавт 2001).

Достоинства сочетанных операций не вызывают сомнений. Одномоментные вмешательства избавляют больного от нескольких заболеваний, позволяют избежать риска повторной операции и общего обезболивания, исключается возможность обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде и, кроме того, имеются явные экономические преимущества. Но значительно возрастает риск интра- и послеоперационных осложнений, значительно увеличивается операционная травма и продолжительность операции.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет сочетание ЛХЭ и лапароскопическая фундопликация. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по частоте признана лидирующим заболеванием в гастроэн-

терологии. Согласно данным Института Gallup (США), примерно у 44% американцев, по крайней мере, один раз в месяц появляются симптомы изжоги, 7% испытывают ее ежедневно, а 18% этих людей вынуждены прибегать к самолечению для устранения симптома. Считается, что эзофагит имеется примерно у 1% популяции. Среди этих пациентов 20% страдают тяжелым рефлюксом, вызывающим такие осложнения, как синдром Barrett (10-15%), изъязвление (2-7%), стриктура (4-20%), кровотечение (2%) (Кубышкин В.А. и соавт., 1999, 2000; Bell R.C. et al., 1996; Hunter J.G. et al., 2003; Smith S.C. et al 1997).

Если учесть, что 40% случаев желчекаменная болезнь сочетается с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и эзофагеальной рефлюксной болезнью то понятен интерес к объединению этих оперативных вмешательств.

Внедрение в широкую хирургическую практику лапароскопических вмешательств, появление новых видов анестезии позволяют оптимистично смотреть на возможность широкого внедрения симультанных операций в повседневную работу.

Все изложенное выше позволяет отметить актуальность внедрения симультанных операций вообще и на основе лапароскопической холецистэктомии в частности. Этой проблеме и посвящена данная работа.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ:

Определить эффективность симультанных операций на основе лапароскопической холецистэктомии и обосновать целесообразность широкого внедрения подобных операций в хирургическую практику.

Для достижения поставленной цели потребовалось решить следующие

ЗАДАЧИ:

1. Определить осложнения лапароскопической холецистэктомии и разработать комплекс мероприятий для их предотвращения.
2. Провести сравнительный анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии и сочетанных оперативных вмешательств на ее основе.
3. Провести сравнительный анализ течения послеоперационного периода лапароскопической холецистэктомии и сочетанных оперативных вмешательств.
4. Определить возможность сочетанного выполнения лапароскопической холецистэктомии и лапароскопической фундопликации.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ:

На большом клиническом материале подробно проведен сравнительный анализ причин возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии и сочетанных операций на ее основе.

Впервые проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных после лапароскопической холецистэктомии и симультанных операций на ее основе.

Впервые проанализированы результаты симультанных операций при желчекаменной болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

На основании проведенных исследований разработаны рекомендации по оптимальному внедрению симультанных оперативных вмешательств на основе лапароскопической холецистэктомии в клиническую практику. Внедрение полученных результатов в практику обучения врачей и работу хирургических стационаров, будут способствовать обоснованному применению симультанных вмешательств в широкую хирургическую практику, а анализ возможных осложнений и отработка путей их снижений, позволят снизить их риск при широком внедрении.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ

Полученные результаты и разработки используются в практической работе НИИ эндоскопической хирургии РФ, хирургических отделений больниц ФМБА РФ, дорожной больницы МЖД им Н.А.Семашко. Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедре оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН, кафедре общей хирургии лечебного факультета МГМСУ.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ.

Материалы и основные положения работы доложены и обсуждены:

- на VIII съезде Российского общества эндоскопических хирургов (февраль 2005 года)
- на конференции Федерального медико-биологического агентства РФ "Новые технологии в хирургии" (17 марта 2005 года),
- на V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (3-6 февраля 2005года).
- на XI съезде Российского общества эндоскопических хирургов (февраль 2006 года)
- на VIII научно-практической конференции хирургов Федерального медико-биологического агентства «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (3-5 июля 2006).

Апробация диссертации проведена на объединенном заседании кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН, общей хирургии МГМСУ, сотрудников клинической больницы № 85 Федерального медико-биологического агентства РФ, Центральной поликлиники Федерального медико-биологического агентства РФ.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Работа основана на анализе историй болезни 1113 пациентов, оперированных лапароскопически по поводу различных заболеваний желчного пузыря в период с 1994 по 2004 год в Клинической больнице №85 Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации.

Учитывая значительный интерес к симультанной лапароскопической холецистэктомии и фундопликации в работу была включена группа из 53 пациентов, которые в период с 1998 по 2004 в больнице МЖД им.Н.А.Семашко были оперированы по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), 34 из них выполнена лапароскопическая фундопликация, а 19 симультанная холецистэктомия и лапароскопическая фундопликация. Для анализа в эту же группу включались 4 пациентов перенесших симультанную операцию из КБ 85 ФМБА РФ.

Клиническая характеристика больных. Анализ эффективности симультанных операций проводился на основе всех лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) при желчнокаменной болезни (ЖКБ), выполненных в КБ 85 ФМБА РФ. Среди пациентов было: женщин - 932 (83,7%), мужчин - 181 (16,3%), средний возраст больных составил 52,2 года. Так как возраст до 60 лет практически не влияет на течении послеоперационного периода, то применили несколько специфическое деление по возрастам. Больные старше 60 лет составили 31,9%, старше 75 – 3,5% (Таблица 1).

Таблица 1. Возрастная характеристика больных, перенесших операции по поводу желчнокаменной болезни.

Средний возраст больных (лет)	52,2	
Старше 60 лет	356	31,9%
Старше 75 лет	39	3,5%

Большинство операций выполнено по поводу хронического калькулезного холецистита – 1010 (90,7%). Острый калькулезный холецистит явился показанием для выполнения лапароскопической операции у 103 (9,3%) больных. Среди них только у 15 % наблюдалась катаральная форма заболевания, у остальных диагностированы деструктивные формы - флегмона и гангрена. Мы не встречали пациентов с перфоративным холециститом и разлитым перитонитом.

Все пациенты с острыми процессами оперированы до 4 суток от начала заболевания. Приведенные цифры являются отражением нашей тактики в отношении больных с острым холециститом. Лечение начинается с консервативной инфузионной терапии. При ее неэффективности в течении 1 - 2 сут, производится операция по срочным показаниям. Практика показывает, что вмешательство в эти сроки технически наиболее легко выполнимо - как правило, отсутствует плотный спаечный процесс. Если у пациента нет длительного анамнеза обострений желчнокаменной болезни, операция чаще всего не представляет больших технических сложностей.

Большое количество оперативных вмешательств выполнено у пациентов старше 60 лет (35,4%). Многие из них имели сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь наблюдалась у 435 пациентов (39,0%), хронические obstructивные заболевания легких – у 26 (2,3%), сахарный диабет – у 44 (3,9%), ожирение 2 – 3 ст. – у 63 (5,6%), 2 и более сопутствующих заболе-

ваний – у 340 пациентов (30,5%). Всего 643 пациента (57,7%) имели ту или иную сопутствующую патологию.

Таблица 2. Характер сопутствующей патологии у больных желчнокаменной болезнью

Сопутствующее заболевание	Кол-во больных	%
Гипертоническая болезнь	435	39,0
Хронические обструктивные заболевания легких	26	2,3
Сахарный диабет	44	3,9
Ожирение 2 - 3 ст.	63	5,6
2 и более сопутствующих заболевания	340	30,5
ИТОГО	643	57,7

Значительное количество лапароскопических холецистэктомий было выполнено одномоментно с другими оперативными пособиями. Наиболее часто выполнялись лапароскопическая герниопластика 47 (4,2%), в последние 3 года выполняется пластика по Лихтенштейну 7 (0,6%), биопсия печени 8 (0,7%), гинекологические лапароскопические вмешательства 6 (0,4%).

В группу больных, перенесших фундопликацию отбирались в основном достаточно молодые больные (возраст от 27 до 43 лет), поэтому распределение по возрасту не проводилось. В группу включено 11 женщин и 12 мужчин. У всех пациентов в той или иной форме присутствовали симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В контрольную группу вошли 34 пациента перенесших лапароскопическую фундопликацию. Группа формировалась по половому и возрастному соответствию первой группы. Кроме того, мы старались, чтобы группы совпадали и по симптоматике ГЭРБ.

Результаты работы. Осложнения при выполнении лапароскопических операций на желчевыводящих путях встречаются на разных этапах вмешательства - начиная от введения иглы Вереша до извлечения органа из брюшной полости и выведением троакаров.

Изучив литературу и встречающиеся в нашей клинике осложнения мы разработали классификацию, которая одновременно играет роль в формировании тактических установок при различных осложнениях.

1. Осложнения, являющиеся абсолютными показаниями к лапаротомии

А. Ранения крупных забрюшинных сосудов (аорты, полой вены, подвздошных артерий, вен).

Б. Кровотечения из пузырной артерии, сосудов гепатодуоденальной связки, при невозможности быстрой идентификации сосуда.

В. Полное пересечение магистральных желчных протоков.

2. Осложнения, являющиеся относительными показаниями к лапаротомии.

А. Повреждения полых органов.

Б. Кровотечения из печеночного ложа желчного пузыря.

В. Краевые повреждения магистральных желчных протоков.

Г. Трудности в дифференцировке тканей.

3. Осложнения, не требующие лапаротомии.
 - А. Пневматизация клетчаточных пространств.
 - Б. Кровотечение из троакарных ран.
 - В. Перфорация желчного пузыря, в том числе, с выпадением конкрементов.
4. Осложнения, требующие интенсивного наблюдения и оценки.
 - А. Ограниченные гематомы клетчаточных пространств (забрюшинного пространства, корня брыжейки, большого сальника; предбрюшинные).

В дальнейшей работе данная классификация использовалась нами для определения возможности продолжения симультанного вмешательства. При осложнениях 1 и 2 группы мы отказывались от выполнения симультанного вмешательства.

Учитывая несопоставимость осложнений разбираемых операций, мы выделили две группы – осложнения специфические для лапароскопической холецистэктомии и осложнения, специфические для других вмешательств.

Из осложнений первой группы наиболее часто встречались – перфорации желчного пузыря и кровотечения из ложе печени. Для моноопераций их было соответственно 103 (9,25%) и 23 (2,07%), а для симультанных операций 6 (6,8%) и 1 (1,1%). Это говорит о том, что даже на небольшом материале, можно сделать вывод, о более ответственно отношении бригады к оперативным действиям при симультанных вмешательствах. При симультанных операциях не встречались такие осложнения, как повреждения сосудов большого сальника, связок и органов брюшной полости, повреждения полых органов и повреждения внепеченочных желчных протоков.

При монооперациях такие осложнения не часто, но встречаются. Так повреждения сосудов большого сальника в 3 (0,27%), краевые повреждения внепеченочных желчных протоков – 3 (0,09%), повреждения забрюшинных сосудов – 1 (0,09%), стенки полых органов 1 (0,09%).

При симультанных операциях значительно выше процент осложнений доступа 1,1% к 0,45%. Но это в основном связано с большим объемом доступов и, как следствие, операционного повреждения мягких тканей.

Каждое из оперативных вмешательств, сочетаемое с лапароскопической холецистэктомией имеет достаточно большое количество собственных осложнений. Однако рассматривать в таком плане все представленные к анализу операции не имеет смысла, поэтому мы выделили группу - специфические для симультанной операции осложнения. Всего их нами было встречено 3 (3,4%). Все они относились к лапароскопической герниопластике и паховому грыжесечению. При лапароскопической герниопластике (ЛГП): в одном случае – дизурические явления в раннем послеоперационном периоде, ноющие боли в яичке – 1 случай, и при обычной герниопластике – отек яичка в раннем послеоперационном периоде. Все осложнения не повлекли необходимости повторных вмешательств.

Таблица 3. Осложнения моно- и симультанных холецистэктомий

Осложнение	монооперация (%)	симультанных операции (%)
Осложнения доступа: Кровотечение из сосудов брюшной стенки (операционной раны)	5 (0,45%)	1 (1,1%)
Повреждения забрюшинных сосудов: - с формированием гематомы	1 (0,09%)	0
Повреждения сосудов большого сальника, связок органов брюшной полости, надрывы печеночной капсулы	3 (0,27%)	0
Кровотечение из пузырной артерии	13 (1,17%)	1 (1,1%)
Кровотечение из печеночного ложа желчного пузыря	23 (2,07%)	1 (1,1%)
Повреждение полых органов	1 (0,09%)	0
Перфорация желчного пузыря	103 (9,25%)	6 (6,8%)
Краевые повреждения внепеченочных желчных протоков	3 (0,09%)	0
Специфические для симультанной операции осложнения	0	3 (3,4%)
ВСЕГО	152 (13,66%)	12 (13,5%)

Среднее количество значимых осложнений при симультанных операциях значительно ниже, чем при монооперациях. Общее количество осложнений приблизительно равно 13,5% и 13,66% соответственно.

При изучении протоколов операций больных, перенесших монооперации, выявлено, что минимальная по времени операция продолжалась 30 минут, без учета времени дачи наркоза, максимальная - 240 минут. Средняя продолжительность операций у 1113 больных составила 74,1 минуты.

Таким образом, среднее время операций при монооперации и симультанной практически одинаково. Но при этом необходимо учитывать, что в группу моноопераций входили и случаи острого холецистита, случаи рубцовых изменений в области шейки желчного пузыря, что естественно значительно увеличило продолжительность операции. При выборе же больных для симультанных операций такие случаи не брались. Особенно большой вклад в продолжительность симультанных вмешательств внесли ЛГП и операции при ГЭРБ.

При изучении выраженности болевого синдрома у пациентов в обеих группах оценивали количество и характеристику использованных анальгетических препаратов, сроки восстановления двигательной активности и полное исчезновение болевого синдрома.

Все 58 пациентов, перенесших холецистэктомию с ЛГП, грыжесечением и фундопликацией, в послеоперационном периоде нуждались в наркотических анальгетиках (промедол). 51 больному наркотические анальгетики на-

значались в течение 1-х суток, 7 пациентам - в течение 2-х суток. Назначение наркотических анальгетиков производилось в связи с жалобами больных на постоянные боли. Ненаркотические анальгетики назначались 3-хкратно в сутки практически всем пациентам до 3 - 4 суток послеоперационного периода.

30 больным с прочими симультанными вмешательствами назначение наркотических анальгетиков в послеоперационный период не требовалось. Ненаркотические анальгетики назначались 3-хкратно в сутки практически всем пациентам до 1 - 3 суток послеоперационного периода.

Из 1113 больных, перенесших ЛХЭ наркотические анальгетики назначались 273 больным (24,5%). Промедол был введен однократно вечером в день операции. Повторно введение наркотических анальгетиков потребовалось 9 (0,8%) пациентов. Другим пациентам наркотические анальгетики не назначались. Обезболивание проводилось назначением ненаркотических анальгетиков в инъекционной форме 3-хкратно в течение первых суток у 840 пациентов, у 76 пациентов - дополнительно на вторые сутки однократно на ночь в инъекционной форме.

Все пациенты, перенесшие ЛХЭ, на следующее утро после операции в присутствии медицинского персонала вставали, выполняли дыхательную гимнастику. Спустя 18-24 часа у больных отмечено достаточное восстановление двигательной активности: больные могли передвигаться по отделению, посещать процедурный кабинет и перевязочную, 3-хкратно в сутки принимать пищу, проводить санитарные и гигиенические мероприятия.

При наблюдении за больными, перенесшими симультанные операции выявлено, что 58 пациентов, перенесших холецистэктомию с ЛГП, грыжесечением и фундопликацией также могли самостоятельно или в присутствии медицинского персонала вставать на следующее утро, при этом у подавляющего большинства усиливались боли в области послеоперационной раны. Движение и ходьба в течение 1 суток было несколько ограничено в связи со значительной операционной травмой. Самостоятельный прием пищи больные, как правило, осуществляли через 24-30 часов после операции. Течение раннего послеоперационного периода у остальных больных не отличалось от ЛХЭ.

Назначение антибактериальных препаратов производилось после ЛХЭ только на фоне выявленных осложнений. При обычном течении послеоперационного периода антибиотики не назначались. Такая же картина и у пациентов с симультанными операциями.

При изучении показателей пребывания больных в стационаре выявлено, что средняя продолжительность госпитализации больных, перенесших ЛХЭ, составила 9,7 койко-дня. Минимальная продолжительность пребывания в стационаре - 3 койко-день (оперативное лечение не следующий день после поступления в стационар). Максимальная продолжительность пребывания в стационаре - 37 койко-дней

Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, перенесших симультанные операции составила 9,7 койко-дней. Минимальные

сроки пребывания в стационаре - 3 койко-дня; максимальные сроки пребывания в стационаре - 34 койко-дней.

Анализируя полученные результаты можно прийти к выводу, что симультанные операции по всем показателям практически не отличаются от моно ЛХЭ. Но необходимо всегда помнить, что контингент пациентов для симультанных операций жестко подбирается как по состоянию больного, так и по стадии основных, требующих хирургической коррекции, заболеваний.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет сочетание ЛХЭ и лапароскопическая фундопликация. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь по частоте признана лидирующим заболеванием в гастроэнтерологии. Согласно данным Института Gallup (США), примерно у 44% американцев, по крайней мере, один раз в месяц появляются симптомы изжоги, 7% испытывают ее ежедневно, а 18% этих людей вынуждены прибегать к самолечению для устранения симптома. Считается, что эзофагит имеется примерно у 1% популяции. Среди этих пациентов 20% страдают тяжелым рефлюксом, вызывающим такие осложнения, как синдром Barrett (10-15%), изъязвление (2-7%), стриктура (4-20%), кровотечение (2%).

Кроме того, вполне убедительно показано, что так называемый рефлюкс-эзофагит – не единственное и часто не основное проявление патологического заброса кислого или щелочного желудочного содержимого в пищевод.

У огромного числа людей ведущим проявлением заболевания являются преимущественно стенокардиальноподобные за грудиные боли, упорная ларингеальная или бронхопультмональная симптоматика.

В большинстве случаев, рефлюкс-эзофагит сочетается с желчекаменной болезнью. В группу сравнения вошли 23 пациента с симптомами рефлюкс-эзофагита и желчекаменной болезнью.

Сравнивать результаты оперативного лечения ЛХЭ с симультанной ЛХЭ и фундопликацией представляется нам не правильной, т.к. Травматичность операций несопоставима. Поэтому мы проводим сравнительный анализ с лапароскопической фундопликацией.

Мы полностью разделяем точку зрения большинства хирургов, которые считают, что неудовлетворительные результаты хирургического лечения ГЭРБ во многом зависят как от интраоперационных осложнений, так и от течения послеоперационного периода. Вместе с тем, ряд авторов указывает, что успех лапароскопических антирефлюксных операций связан с непосредственными и отдаленными результатами хирургического лечения.

Мы взяли за основу классификацию послеоперационных осложнений, предложенную Корняком Б.С. (2001г.) [34], незначительно дополнив ее:

В послеоперационном периоде различные осложнения диагностированы у 5 (14,7%) из 34 больных, перенесших моно фундопликацию и у 4 (17,4%) больных с симультанной операцией.

Дисфагия считается наиболее частым осложнением в антирефлюксной хирургии. Это осложнение диагностировано нами у 1 (2,9%) перенесших монооперацию и 1 (4,3%) – симультанную оперцию. Следует отметить, что по-

слеоперационная дисфагия наблюдалась нами у больных, которым была выполнена фундопликация по Nissen или Nissen-Rossetti. Причем, возникновение этого осложнения не зависит от того, каким способом выполнялась операция – лапароскопическим или лапаротомическим. К моменту выписки из стационара дисфагия купировалась у всех пациентов.

На наш взгляд, возникновение дисфагии в раннем послеоперационном периоде обусловлено рядом причин.

Таблица .4. Осложнения раннего послеоперационного периода.

Послеоперационные осложнения	Число больных	
	Лапароскопическая фундопликация	Симультанные операции
Дисфагия	1 (2,9%)	1 (4,3%)
Раневые осложнения	1 (2,9%)	1 (4,3%)
Кровотечения из коротких сосудов	2 (5,8%)	2 (8,6%)
Нижнедолевая пневмония	1 (2,9%)	-
Всего	5 (14,7%)	4 (17,4%)

Во-первых, в ранних наблюдениях мы не акцентировали внимание на результатах манометрии пищевода, при которой, зачастую, определялись признаки угнетения моторики. В литературе именно эта теория послеоперационной дисфагии получила широкое признание и в настоящее время не является предметом дискуссии.

Во-вторых, при ретроспективном анализе хода операции, нами установлено, что на этапе формирования манжетки, в пищевод не был установлен толстый, двух сантиметровый желудочный зонд (1 пациент).

И, наконец, еще у одного пациента, при выполнении операции Nissen-Rossetti (без пересечения коротких сосудов желудка), отмечались некоторые трудности при формировании манжетки, что, по всей видимости, привело к возникновению этого послеоперационного осложнения.

Нижнедолевая пневмония как послеоперационное осложнение, по нашему мнению, связана не столько с выполнением антирефлюксного вмешательства, сколько с общим соматическим статусом больного. Так в нашей практике это осложнение возникло у пациента 1 пациента, которому потребовалось выполнить операцию Nissen как один из этапов лечения пищевода-трахеального свища, возникшего в результате длительной интубации трахеи.

Кровотечение из коротких желудочных сосудов отмечено нами в самом начале становления методики и остановлено во время операции либо клипированием сосудов, либо биполярной коагуляцией.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены нами в сроки от 3 до 24 месяцев. Все оперированные больные обследовались в сроки 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Оценка хирургического лечения пациентов с

ГЭРБ в позднем послеоперационном периоде выполнена на основании шкалы Visick.

Таблица 5. Результаты антирефлюксных вмешательств по Visick.

Результаты	Монооперации	Симультанные
Visick I	29 (85,3%)	21 (91,3%)
Visick II	4 (11,8%)	2 (8,7%)
Visick III	1 (2,9%)	-
Visick IV	-	-
Всего	34	23

Всем пациентам проводилось обследование в сроки 1, 3, 6, и 12 месяцев после операции, которое включало рентгенологическое исследование желудка, эзофагогастроскопию и функциональные методы диагностики. Самый большой срок наблюдения составил 24 месяца.

Рентгенологическое исследование выполнялось с водной взвесью сульфата бария. Было установлено, что нарушения акта глотания не отмечено ни у одного из 57 пациентов. Во всех случаях желудок располагался в брюшной полости, кардия смыкалась, а рефлюкса контрастного вещества в пищевод при полипозиционном исследовании не выявлено.

Эндоскопическое исследование выполнено всем 57 пациентам в сроки 3 и 6 месяцев после операции.

У 7 пациентов, у которых до операции диагностировался эзофагит III-IV степени, через 3 месяца после операции сохранялись явления эзофагита I-II степени. В дальнейшем, через 6 месяцев после операции, у этих пациентов явлений эзофагита не было.

Манометрия пищевода в послеоперационном периоде выполнялась практически всем пациентам в сроки 3 и 6 месяцев после операции. Результаты функционального послеоперационного обследования представлены в таблице. Результаты практически не различимы. Это исследование дает объективную оценку состояния нижнего пищеводного сфинктера, позволяет определить изменение давления и длины нижнего пищеводного сфинктера, а также длины абдоминального сегмента пищевода.

Таким образом, манометрия, выполненная пациентам после операции, наиболее достоверно отражает изменения функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера. Метод позволяет объективно оценить эффект операции. У всех пациентов после операции, по данным манометрии, имелись положительные изменения, выразившиеся в увеличении давления в области нижнего пищеводного сфинктера, а также увеличение его длины.

В позднем послеоперационном периоде мы осложнений не встречали.

Таким образом, отдаленные результаты хирургического лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы показали, что отличные результаты хирургического лечения отметили 61 (88,4%) больных, очень хорошие – 7 (10,2%) и удовлетворительные – 1 (1,4%) пациент.

Переходов на лапаротомию не было. В 1 случае возникло кровотечение

из короткой желудочной артерии, остановленное лапароскопически. Еще в одном случае возникло кровотечение из aberrантной левой печеночной артерии, также остановленное лапароскопически. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде был диагностирован пневмомедиастинум, разрешившийся в течение 4 дней без каких-либо вмешательств. Средний койко-день составил 7,8.

Оценивая результаты внедрения симультанных операций можно сказать, что они практически не увеличивают время операции, пребывание в стационаре. Количество интра- и послеоперационных осложнений практически не увеличивается, а тяжесть их значительно меньше. Это связано, вероятней всего, с более ответственным отношением операционной бригады к выполнению всех этапов вмешательства, более тщательный отбор и подготовка больных к операции, более внимательный контроль в послеоперационном периоде.

Одномоментные вмешательства избавляя больного от нескольких заболеваний сразу, позволяют избежать риска повторных вмешательств и общего обезболивания, и, кроме того, имеются явные экономические преимущества.

Изучив симультанные операции на основе лапароскопической холецистэктомии, мы выделили несколько групп:

1. Условно симультанные вмешательства. В эту группу мы относим вмешательства, выполнение которых (доступ или другой этап) безусловно приводит к необходимости другой операции. В эту группу можно отнести например одновременное ЛХЭ и пупочную грыжу, вторая операция делается безусловно, из-за параумбиликального доступа первой.
2. Вынужденные симультанные вмешательства. В эту группу мы выделяем оперативные пособия которые необходимо выполнить, для избежания негативных последствий второго оперативного пособия. Например, грыжесечение при гигантской вентральной грыже с запущенным варикозом нижних конечностей. В этом случае для профилактики тромбозов мы достаточно часто первым этапом выполняем операцию Троянова.
3. Симультанные вмешательства, схожие по доступу. В эту группу можно отнести одновременно выполняемые ЛХЭ и ЛГ, или традиционная холецистэктомия и пластика диастаза прямых мышц живота.
4. Симультанные операции при заболеваниях одного генеза. В эту группу мы относим операции выполняемые при взаимосвязанной патологии. Например, фундопликацию и холецистэктомию, или паховое и пупочное грыжесечение.
5. Симультанные вмешательства из-за наличия разной патологии, требующей планового оперативного лечения. Например ЛХЭ и традиционное грыжесечение.

Данная классификация распространяется только на плановые операции.

Главное условие для возможности развития симультанных операций это необходимость того, что, первое, оперирующий хирург владел всеми оперативными приемами, и, второе, четко представлял и умел контролировать все возможные интра- и послеоперационные осложнения всех оператив-

ных приемов, входящих в каждую конкретную операции. Кроме того, оперирующий хирург должен производит четкую селекцию пациентов, идущих на симультанные операции, по типу вмешательств, по возможным осложнениям, вызванным соматическим состоянием пациента, а не навыками хирурга, по возможностям стационара выхаживать этих больных. Нам кажется, что только планомерное кропотливое следование этим условиям сделает симультанные операции достаточно частым явлением в наших операционных.

ВЫВОДЫ

1. Основными причинами осложнений лапароскопической холецистэктомии являются трудности адекватной визуализации, а также тактические и технические ошибки, допущенные при выполнении этапов оперативного вмешательства.
2. Наиболее важной проблемой интраоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии являются повреждения внепеченочных желчных протоков. Основной тактической ошибкой, вызывающей это осложнение, является несоблюдение безопасной техники диссекции, что приводит к дезориентации хирурга и неправильным действиям.
3. Предложена классификация интраоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии, основанная на принципе выделения групп осложнений в зависимости от степени их непосредственной опасности для больного. Классификация является тактической основой алгоритма коррекции интраоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии.
4. Симультанные операции на основе лапароскопической холецистэктомии по основным показателям не отличаются от обычной лапароскопической холецистэктомии, однако контингент пациентов для симультанных операций требует жесткой селекции как по состоянию больного, так и по стадии основных, требующих хирургической коррекции, заболеваний.
5. Выполнение симультанной операции на основе ЛХЭ, как правило, не сказывается отрицательно на течении послеоперационного периода и соответствует течению послеоперационного процесса более тяжелой операции.
6. Одномоментное выполнение холецистэктомии и фундопликации целесообразна только при жесткой селекции пациентов. Показанием к такой операции должно быть одновременное наличие желчекаменной болезни и признаков ГЭРБ. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, без признаков ГЭРБ и склонности к ущемлению не должна являться показанием к симультанной операции
7. Способы лапароскопического лечения гастроэзофагеального рефлюкса с использованием сетчатого имплантата методологически обоснованы и отвечают основным требованиям антирефлюксной хирургии. Предложенные способы лапароскопического лечения гастроэзофагеального рефлюкса являются эффективными.

Список печатных работ по теме диссертации

1. Пашкевич В.И., Кащеев В.И., Потемкин А.В., Цека Т.В., Гришаева В.И. Оказание специализированной медицинской помощи больным при сочетанных хирургических заболеваниях. // Современные аспекты организации, диагностики и лечения больных хирургического профиля. Сборник материалов научно-практической конференции хирургов ФУ «Медбиоэкстрем» 2000.- с.126-127.
2. Кутин А.А., Кащеев В.И., Наумов С.С., Караганова Л.Н., Колесников М.В., Федотов М.С., Магомадов Р.Х., Буянов В.С. Клинико-поликлинические аспекты хирургического лечения больных пожилого возраста. // «Клиническая геронтология». 2002, том 8. - №8. - с.70-71.
3. Кащеев В.И., Караганова Л.Н., Вершков А.Ф., Волков А.А. Использование комплекса эндоскопических и малоинвазивных технологий в лечении осложненных форм желчекаменной болезни. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Материалы VI-й научно-практической конференции хирургов ФУ «Медбиоэкстрем». Северск. - 2002. - с.79-81.
4. Кащеев В.И., Караганова Л.Н., Колесников М.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Восемилетний опыт. Анализ. Перспективы. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Материалы VI-й научно-практической конференции хирургов ФУ «Медбиоэкстрем». Северск.- 2002. - с.81-82.
5. Кутин А.А., Кащеев В.И., Караганова Л.Н., Колесников М.В., Буянов В.С., Цека Т.В., Гришаева В.И. Хирургические симультанные вмешательства в профилактике прямых и косвенных осложнений и качество жизни оперированных пациентов. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Материалы VI-й научно-практической конференции хирургов ФУ «Медбиоэкстрем». Северск. 2002.- с.178-179.
6. Протасов А.В., Кащеев В.И., Паниченко В.Ф., Табуйка А.В., Хачмамук Ф.К. Репродуктивная функция у мужчин после паховой герниопластики. // Материалы научно - практической конференции ФМБА РФ "Новые технологии в хирургии" Москва. 2005. - с.76-78
7. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Кутин А.А., Кащеев В.И., Покручин Н.А. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия. // Материалы V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии ЦНИИГ.- М.: «Анахарсис». 2005. -с. 575-576
8. Протасов А.В., Кащеев В.И., Кутин А.А., Колесников М.В., Раннев И.Б. Симультанные лапароскопические холецистэктомия и операция Ниссена. // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Материалы VIII-й научно-практической конференции хирургов ФМБА РФ.- Северск. 2006. - с.123-124.
9. Протасов А.В., Кащеев В.И. Лапароскопическая холецистэктомия и симультанные операции на ее основе.// Эндоскопическая хирургия. - 2006. №2. - с.107.

Кашеев Виктор Иванович

**Симультанные операции на основе
лапароскопической холецистэктомии.**

Работа посвящена анализу эффективности симультанных операций на основе лапароскопической холецистэктомии и обоснованию целесообразности широкого внедрения подобных операций в хирургическую практику. Резко возросший интерес к симультанным вмешательствам объясняется увеличением продолжительности жизни, совершенствованием диагностических методик, улучшением анестезиологического и реанимационного пособия, расширением возможностей малоинвазивных вмешательств

В диссертации представлены сравнительные оперативного лечения 1113 пациентов. На основе анализа выполненных операций предложена классификация осложнений лапароскопической холецистэктомии и тактические установки для их предотвращения.

В работе доказана высокая эффективность внедрения симультанных операций на основе лапароскопической холецистэктомии в широкую хирургическую практику.

Kasheev Viktor Ivanovich

Simultaneous operations based on the laparoscopic cholecystectomy.

This dissertation is dedicated to the efficiency of simultaneous operations based on laparoscopic cholecystectomy. And to the advisability of such operations introduction. The increased interest in simultaneous operations is explained by lengthen of lifetime, improvement of diagnostic methods, improvement anatheseologic and reanimatic treatment, expansion of mini invasive interventions opportunities. The dissertation presents comparative characteristics of 1113 patients operative treatment. The classification of laparoscopic cholecystectomy complications and methods of their prevention are based on fulfilled operations analysis. High efficiency of simultaneous operations introduction based on laparoscopic cholecystectomy is proved.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
<http://www.gastroscan.ru/literature/>