

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список используемых сокращений .....	3
Предисловие .....	4
<b>Глава 1. Выбор метода оперативного лечения больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом с учетом риска возникновения ранних послеоперационных осложнений .....</b>	<b>6</b>
<i>Литература .....</i>	<i>20</i>
<b>Глава 2. Анализ причин возникновения ранних послеоперационных осложнений у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом .....</b>	<b>26</b>
<i>Литература .....</i>	<i>36</i>
<b>Глава 3. Диагностика ранних послеоперационных осложнений у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом .....</b>	<b>41</b>
3.1. Лабораторные методы диагностики ранних послеоперационных осложнений .....	44
3.2. Лучевые методы диагностики ранних послеоперационных осложнений .....	46
3.2.1. Ультразвуковое исследование брюшной полости в раннем послеоперационном периоде .....	46
3.2.2. Гепатобилиарная сцинтиграфия в диагностике ранних послеоперационных осложнений у больных желчнокаменной болезнью .....	51
3.3. Эндоскопические методы диагностики ранних послеоперационных осложнений .....	58
3.3.1. Диагностическая лапароскопия в раннем послеоперационном периоде .....	58
3.3.2. Внутрипросветная эндоскопия в диагностике ранних послеоперационных осложнений .....	64
3.4. Алгоритм диагностики специфических осложнений у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом .....	67
<i>Литература .....</i>	<i>70</i>
<b>Глава 4. Комплексное лечение ранних послеоперационных осложнений у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом .....</b>	<b>73</b>
4.1. Ятрогенные травмы желчевыводящих путей .....	73

4.2. Послеоперационное кровотечение .....	108
4.3. Послеоперационное желчеистечение .....	111
4.4. Послеоперационный холедохолитиаз .....	116
4.5. Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы .....	119
4.6. Послеоперационный панкреатит .....	126
<i>Литература</i> .....	143
<b>Глава 5. Современные подходы к классификации и лечению послеоперационных интраабдоминальных инфекций</b> .....	149
<i>Литература</i> .....	171
<b>З а к л ю ч е н и е</b> .....	174

**Красильников Дмитрий Михайлович**  
**Фаррахов Айрат Закиевич**  
**Хайруллин Ильдар Индусович**  
**Маврин Михаил Иванович**

**РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ  
И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

Редактор *Л.И.Имханицкая*  
Обложка художника *Л.П.Яковлевой*  
Техническая редакция  
и компьютерная верстка *Ю.Р.Валиахметовой*  
Корректор *Е.Г.Сучилина*

Сдано в набор 04.10.07. Подписано в печать 09.07.08. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>  
Усл. печ. л. 10,23. Уч.-изд. л. 9,74. Тираж 1000 экз. Заказ К-19

Издательство «Медицина» ГУЗ «РМБИЦ». 420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125.  
Отдел оперативной полиграфии ГУЗ «РМБИЦ». 420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125

## **ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ С УЧЕТОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Проблема выбора оптимального варианта оперативного вмешательства в лечении больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом широко обсуждается до настоящего времени (Борисов А.Е. и др., 2004). Поэтому считаем целесообразным отразить динамику изменения взглядов на выбор метода операции при данной патологии и сравнить результаты использования разных подходов в хирургическом лечении.

История хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью насчитывает более 100 лет и начинается с 1882 г., когда немецкий хирург Langenbuch впервые выполнил первую холецистэктомию «от дна». Следующее за этим событием столетие прошло на фоне активного внедрения новых методов оперативных вмешательств, различных вариантов дренирования желчевыводящих протоков. Однако незыблемым оставался постулат: оперативное вмешательство выполняется с использованием широкого доступа посредством лапаротомии. На рубеже 90-х годов XX столетия произошли кардинальные изменения в подходах к тактике и выбору методов лечения больных ЖКБ и ее осложнений. Технический прогресс и активное внедрение его достижений в наиболее актуальные области хирургии способствовали развитию минимально инвазивной хирургии. В настоящее время операции на желчных путях выполняются двумя методами — посредством лапаротомии и малоинвазивным способом.

Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде после «открытой» холецистэктомии (ОХЭ) составляет от 10,2 до 50% (табл. 1).

Послеоперационная летальность после ОХЭ, по данным различных авторов, колеблется в пределах от 2,1 до 11,8% (табл. 2). По-видимому, это связано с разными подходами

**Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде  
после открытой холецистэктомии (по данным разных авторов)**

Автор	Год публикации	Частота осложнений, %
Tarcoveanu E. et al.	1995	10,2
Gonzales J.J.* et al.	1997	50,0
Sarli L. et al.	1997	16,0
Buanes T. et al.	1998	9,3

\*Осложнения у пациентов в возрасте 80 лет и старше.

**Летальность после открытой холецистэктомии  
(по данным разных авторов)**

Автор	Год публикации	Летальность, %
Климов В.Н.	1988	5,4
Дуденко Г.И.	1988	9,5—10,2
Tarcoveanu E. et al.	1995	6,4
Gonzales J.J.* et al.	1997	11,8
Buanes T. et al.	1998	2,1

\*Летальность у пациентов в возрасте 80 лет и старше.

к оценке РПО. Наибольшее количество неблагоприятных исходов приходится на случаи, когда при поступлении имелись явления перитонита, послужившие показанием к экстренной операции. Следует отметить, что прогноз в этих случаях определяется как давностью основного заболевания, так и степенью органических дисфункций, вызываемых перитонитом. Известно, что летальность среди пациентов старше 60 лет в 5—7 раз выше, чем среди лиц более молодого возраста (Кукош М.В. и др., 2004; Mayo I.J. et al., 1997).

В последние годы отмечена существенная тенденция к снижению числа операций, выполняемых с использованием традиционного доступа. Традиционная холецистэктомия у больных с неосложненными формами холецистита во многих клиниках становится редкостью. Согласно статистическим данным нашей клиники, частота традиционных операций у этой категории больных снизилась с 90% в 1993 г. до 5% в 2004 г. Чаще всего этот метод используется при выполнении симультанных операций. В лечении же больных с осложненными формами ЖКБ традиционные оперативные вмешательства должны сохранять свое место. Стремление выполнить опера-

цию непременно малоинвазивным способом в тяжелой клинической ситуации зачастую приводит к превышению дозванного уровня адекватной для этих операций хирургической коррекции.

Неудовлетворенность результатами традиционного хирургического лечения, а именно тяжелыми последствиями применения большого хирургического доступа, способствовала поиску новых методов операции, позволяющих с минимальной травмой для больного выполнить необходимый объем оперативного вмешательства.

Говоря об истории малоинвазивных методов, необходимо вспомнить и о вкладе русской хирургической школы в развитие малоинвазивной хирургии. С 1901 г. по 1908 г. русским гинекологом Оттом выполнено 2000 «вентроскопий» — дистанционных осмотров органов малого таза через минимальный кольпотомический разрез. Исследование выполнялось без пневмоперитонеума, для освещения использовался налобный рефлектор. В эти же годы Kelling впервые использовал пневмоперитонеум, а Jacobaeus (1902) ввел в практику термин «лапароскопия». В эти же годы были разработаны и внедрены принципиальные атрибуты современных малоинвазивных вмешательств: Ondoff (1920) первым разработал троакар и канюлю с автоматическим клапаном, Zellikofer (1924) предложил использовать углекислый газ для пневмоперитонеума, Veress (1940) внедрил оригинальную иглу, которая используется и в настоящее время. Благодаря усовершенствованию приборов и инструментов малоинвазивные вмешательства стали занимать ведущее место в диагностике и лечении.

Meuer-Burg в 1972 г. внедрил прямую лапароскопическую панкреатоскопию, Shapiro и Adler (1973) выполнили первое удаление трубной беременности с сохранением яичника. В 1977 г. De Kok выполнил первую лапароскопическую аппендэктомию, используя мини-доступ для удаления червеобразного отростка. В июне 1987 г. во Франции F. Mouret впервые в мире выполнил лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В 1988 г. Reddick и Olsen разработали и внедрили метод интраоперационной холангиографии во время ЛХЭ. С этого времени малоинвазивные методы лечения получили широкое распространение во всем мире.

В России первая ЛХЭ была выполнена в 1991 г. профессором Российского научного центра хирургии Ю.И.Галлингером. В дальнейшем этот метод стал использоваться не только в хирургических центрах, но и в обычных городских и районных больницах. М.И.Прудков и соавт. (1993–2000) разработали комплект хирургических инструментов «Мини-ассистент» для открытой лапароскопии. С 1993 г. открытые лапароскопические операции, выполняемые посредством малого доступа, и лапароскопические эндохирургические операции получили широкое распространение благодаря малой травматичности, уменьшению сроков послеоперационного периода и хорошим результатам лечения. По сравнению с лапароскопическими операциями при операциях, выполняемых с использованием минимального доступа, нет необходимости в создании пневмоперитонеума, применяется набор простых инструментов, а освоение метода не требует длительного обучения.

В своей клинике мы используем все три метода хирургического лечения больных ЖКБ. Конечно же, каждый метод операции применяется по своим показаниям. Отдавая предпочтение методу лапароскопической холецистэктомии, операции с использованием мини-доступа выполняем в тех случаях, когда невозможно использование видеолапароскопии. Внедрение малоинвазивных вмешательств в клинике позволило сократить количество традиционных лапаротомных операций до 5%. В результате этого общая послеоперационная летальность больных ЖКБ снизилась в среднем с 3,3 до 0,8%, летальность в раннем послеоперационном периоде — до 0,2% (табл. 3), а частота осложнений в раннем послеоперацион-

Т а б л и ц а 3

Летальность в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ  
(по данным разных авторов)

Автор	Год публикации	Летальность, %
Иванова Т.В. и соавт.	1995	0,3
Шойхет Я.Н. и соавт.	1996	0,5
Сафин Р.Ш. и соавт.	2000	0,18
Krämling H.-J. et al.	1994	0,1
Targarona E. et al.	1995	0,5
Tarcoveanu E. et al.	1995	1,0
Z'graggen K. et al.	1998	0,2

ном периоде — с 27,5 до 6% (табл. 4). По данным отечественной и зарубежной литературы, общая частота осложнений после ЛХЭ составляет от 0,4 до 20%.

Т а б л и ц а 4

**Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ  
(по данным разных авторов)**

Автор	Год публикации	Частота осложнений, %
Krämling H.-J. et al.	1991	9
Галлингер Ю.И. и соавт.	1996	3
Krämling H.-J. et al.	1994	0,4
Mayo I.J. et al.*	1997	11
Mayo I.J. et al.**	1997	20
Kurauchi N.	1998	10
Z'graggen K. et al.	1998	6,0

\*Осложнения у пациентов в возрасте 60—69 лет.

\*\*Осложнения в возрасте старше 70 лет.

Наиболее опасными осложнениями после эндоскопической операции являются травматические повреждения внепеченочных желчных протоков, кровотечение из ствола пузырной артерии, массивное венозное кровотечение из ложа желчного пузыря, желчный перитонит, подпеченочные абсцессы, нагноение операционных ран (Галлингер Ю.И. и др., 2002; Чугунов А.Н., 1998). Частота ятрогенного повреждения желчевыводящих путей при выполнении ОХЭ составляет от 0,07 до 0,9%. При выполнении ЛХЭ этот показатель составляет 2% и более (Jesipowicz M. et al., 1995). Высокая частота ятрогенных повреждений желчевыводящих путей во время ЛХЭ в 90-е годы объяснялась началом внедрения метода.

В настоящее время не вызывает сомнения утверждение, что малоинвазивные операции при неосложненных формах холестолитиаза являются методом выбора. Вместе с тем отсутствует единое мнение о тактике и методах лечения больных с осложненными формами ЖКБ. Основными методами хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ являются: открытая операция с одномоментной коррекцией всей патологии; традиционная операция с эндоскопическими внутрипросветными вмешательствами; этапное лечение с использованием малоинвазивных методов. Расширение показаний к применению малоинвазивных методов, их широкое рас-

пространение стало причиной дискуссии о том, какой объем операции может быть выполнен с использованием этих технологий. Многие доказывают их целесообразность даже при выполнении реконструктивных операций на желчевыводящих путях (Кириакиди С.Ф., 1994; Булыгин В.И. и др., 1995). А.М.Шулутко (2004) сообщает о 20 успешных реконструктивных операциях с использованием метода «открытой» лапароскопии. Кроме этого, автором осуществлено более 6 тыс. операций с использованием комплекта инструментов «Мини-ассистент», в ходе которых у 17% пациентов успешно выполнены следующие манипуляции: холедохолитотомия, холедоходуоденостомия. Другая группа авторов сдержанно относится к подобным операциям, считая, что они резко увеличивают риск развития осложнений в раннем послеоперационном периоде (Галлинггер Ю.И., Тимошин А.Д., 1992; Cheslyn-Curtis S., Russel R.G., 1991). Неоднозначно также решается вопрос о применении минимально инвазивных методов при остром холецистите. Вместе с тем выбор оптимального метода хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ является принципиально важным фактором профилактики ранних послеоперационных осложнений и предотвращения летальности (Красильников Д.М. и др., 1997; 2002).

Широкие дискуссии вызывает тактика лечения больных с острым холециститом при высоком анестезиологическом риске — от выжидательной до сверхактивной. Более 50% от общего числа больных с острым холециститом составляют пациенты пожилого и старческого возраста. Ранее при остром холецистите выполнялась открытая холецистэктомия (ОХЭ) либо после консервативного лечения — ЛХЭ в «холодном» периоде (Reddick E.J., 1989; Peters J. et al., 1993). J.L.Flowers (1994) считает, что ЛХЭ на фоне стихающего приступа острого холецистита крайне сложное вмешательство из-за выраженных рубцово-инфильтративных изменений. По данным А.Нawasli (1994), длительная выжидательная тактика приводила к новой атаке острого воспаления у 27% больных. По данным других авторов, в лечении этой категории больных оправданы многоэтапные малоинвазивные оперативные вмешательства, включающие чрескожно-чреспеченочное дренирование желчного пузыря, эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), ЛХЭ (Бебуришвили А.Г. и др., 2002; Сипливый В.А. и др., 2002). Снижению числа случаев ранних

послеоперационных осложнений и летальности среди больных с острым холециститом способствуют избирательно-активная тактика, выполнение оперативного вмешательства эндохирургическим способом с использованием перидуральной анестезии (Малярчук В.И. и др., 2002). Тактика лечения больных с острым холециститом должна быть более активной, формальное выполнение основных положений активно-консервативной терапии в подавляющем большинстве случаев ОХ не оправдано (Захараш М.П. и др., 2001). Несмотря на существующий различный подход в лечении больных с деструктивными формами ЖКБ, все больше хирургов склоняются к активной и активно-выжидательной тактике с использованием малоинвазивных методов.

Дискуссию вызывают вопросы тактики и выбора методов лечения больных желчнокаменной болезнью в сочетании с патологией внепеченочных желчевыводящих путей. Известно, что холедохолитиаз встречается у каждого пятого больного. Механическая желтуха в анамнезе или при поступлении как проявление холедохолитиаза определяется у 80–85% больных, а у 40% остается к моменту операции (Борисов А.Е. и др., 2004). Традиционное оперативное лечение при механической желтухе сопровождается высокой послеоперационной летальностью, по данным литературы – в 10–68% случаев (Шалимов С.А. и др., 1984). Поиск путей снижения числа случаев осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде способствовал переходу от одномоментной коррекции патологии желчных путей из лапаротомного доступа к этапным малоинвазивным вмешательствам. Вследствие этого у 69% больных выполнение операции стало возможным в два-три этапа (Мовчун А.А. и др., 1996; Traverso L.W. et al., 1993). Подобная тактика основана на дозированной хирургической травме. Выполнение последующих этапов у тяжелых больных осуществляется на фоне улучшения их состояния. Это позволило снизить количество послеоперационных осложнений в 1,5 раза, число случаев летальности – с 3,8 до 1,5%.

Следует отметить, что решающим в выборе этапного лечения этой категории больных является своевременная и точная диагностика патологии желчевыводящих протоков. При ультразвуковом исследовании общий печеночный проток прослеживается в 75–80% случаев, ретродуоденальный, панкреатический и ампулярный – лишь в 10–15% случаев. Преиму-

щества в выявлении патологии внепеченочных желчевыводящих путей принадлежат эндоскопической ультрасонографии с точностью диагностики холедохолитиаза до 94–98,5% (Гостищев В.К. и др., 1987; Старков Ю.Г. и др., 1997; Rau V. et al., 1994) и компьютерной томохолангиографии. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) позволяет определить уровень обструкции протоков в 90–91% случаев, при желтухе — получить точную информацию в 86% случаев, а при холедохолитиазе — в 100% случаев. Технически невозможным было выполнить ЭРХПГ в 6,5% случаев. Эффективность метода эндоскопической папиллосфинктеротомии по восстановлению проходимости внепеченочных желчных протоков достигает 80–84%, а в сочетании с механической литотрипсией — 90–98% (Оноприев А.В., Балалыкин А.С., 1996; Савельев В.С. и др., 1995; Красильников Д.М. и др., 2002). Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном соске (БДС) распространены и отмечены у 7–25% больных, в том числе в 0,1–0,2% случаев — с летальными исходами (Соколов Л.К. и др., 1995; Шаповальянц С.Г., 1996). По данным J.P. Lerniot (1995), осложнения после ЭПСТ очень опасны и летальность после нее может достигать 24%.

Наиболее полно оценить состояние внепеченочных желчных протоков позволяет интраоперационная холедохоскопия, в том числе и во время малоинвазивных вмешательств (Могучев В.М. и др., 1997; Красильников Д.М., Курбангалеев А.А., 2003).

Интраоперационная холангиография остается одним из распространенных методов исследования как внутри-, так и внепеченочных желчных протоков. Частота ее использования колеблется в пределах от 10 до 29%. Некоторые авторы, как и во многих зарубежных клиниках, выполняют интраоперационное контрастирование во всех случаях, стремясь свести к минимуму риск резидуального холедохолитиаза (Зиневич В.П., 1988; Vagnato V.J. et al., 1991). Вместе с тем большинство хирургов считают, что рутинное использование метода делает вероятными повреждения желчных протоков, и при более чем 15% ложноположительных результатов увеличивает число необоснованных холедохотомий (Нечай А.И., 1998; Clair D.G., Brooks D.C., 1994).

## **Бессимптомный калькулезный холецистит, хронический калькулезный холецистит**

Мы относим себя к сторонникам планового хирургического лечения данной категории больных. Операцией выбора является ЛХЭ, она выполняется в 92% случаев. У пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем класса 3 (по классификации ASA) и нормальным индексом массы тела метод открытой лапароскопии имеет преимущества перед ЛХЭ. Учитывая плановый характер вмешательства, очень важным считаем этап обследования перед операцией: тщательный сбор анамнестических данных, использование лабораторных и инструментальных методов исследования, консультации специалистов. Основная цель дооперационного обследования — выявление признаков скрытой желчной гипертензии, латентно протекающих сопутствующих заболеваний.

### *Признаки скрытой желчной гипертензии:*

- анамнестические указания на приступы, сопровождающиеся транзиторной желтухой, обесцвечиванием стула, отхождением конкрементов;
- биохимические маркеры холестаза-цитоллиза: общий билирубин плазмы и его фракции, трансаминазы плазмы, щелочная фосфатаза;
- УЗ-признаки желчной гипертензии: расширение общего печеночного протока более 7 мм, расширение внутрипеченочных желчных протоков.

Наличие одного из перечисленных признаков является показанием к дуоденоскопии, а расширение общего печеночного протока — к выполнению ЭРХПГ.

Такой подход в лечении больных с неосложненными формами холецистолитиаза позволил снизить летальность до 0,3%, а в последние три года — избежать летальных случаев.

## **Хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз**

*Холедохолитиаз диагностирован до операции.* Метод выбора — двухэтапное лечение: ЭПСТ → ЛХЭ, ЭПСТ → ХМД. Сроки выполнения второго этапа операции определяются нормализацией гидродинамической ситуации во внепеченоч-

ных желчных путях и сложностью выполнения первого этапа, в среднем составляют 2 сут. В последние годы в результате периоперационной профилактики осложнений с помощью аналога соматостатина (сандостатин, октреотид) их количество после внутриспросветных ретроградных вмешательств удалось свести к минимуму. Поэтому при отсутствии технических трудностей при выполнении ЭПСТ считаем возможным выполнение второго этапа — ЛХЭ в этот же день.

*Холедохолитиаз диагностирован интраоперационно.* Считаем подобные случаи дефектом дооперационного обследования. Если холедохолитиаз выявлен интраоперационно во время выполнения ЛХЭ, возможны следующие варианты действий хирурга:

- холедохоскопия через разбужированную культю пузырного протока;
- переход на мини-доступ и выполнение холедохолитостомии;
- переход на лапаротомию;
- в редких случаях, при предшествующей операции дуоденоскопии, возможно завершение операции и выполнение ЭПСТ в раннем послеоперационном периоде.

*Рецидивный или резидуальный холедохолитиаз.* Метод выбора — ЭПСТ, механическая литотрипсия и экстракция корзинкой Dormia или катетером Фогарти. Возможно самопроизвольное отхождение конкремента.

*Холецистолитиаз, механическая желтуха, холангит, патология большого сосочка двенадцатиперстной кишки.* Возможно применение следующих методов:

- выполнение ЭПСТ, санация желчевыводящих путей (метод выбора);
- одномоментное вмешательство из мини-доступа с вариантами наружного и внутреннего дренирования;
- чрескожно-чреспеченочная холангиостомия как первый этап перед радикальной операцией;
- традиционная операция с вариантами наружного и внутреннего дренирования.

*Абсолютные показания к интраоперационной холангиографии:*

- наличие механической желтухи во время операции либо в анамнезе (при отсутствии до операции ЭРХПГ, ЭПСТ);
- подозрение на наличие желчной гипертензии в желчевыводящих путях;

- подозрение на аномалию желчевыводящих протоков;
- повреждения гепатикохоледоха;

Показания к холедохотомии:

- холедохолитиаз, установленный до операции либо во время ее выполнения;
- механическая желтуха;
- холангит;
- расширение внепеченочных протоков более 7 мм.

Способы завершения холедохотомии:

- ушивание раны холедоха наглухо;
- наружное дренирование;
- внутреннее дренирование.

Мы не являемся сторонниками глухого ушивания холедоха после выполнения холедохотомии. Вместе с тем некоторые авторы, например В.И.Малярчук (2004), считают возможным завершение холедохотомии глухим швом при полной уверенности в удалении конкрементов из холедоха и свободной проходимости БСДК.

Показания к билиодигестивным анастомозам:

- дилатация холедоха более 10 мм;
- стриктуры дистальной части холедоха на протяжении;
- неудалимые камни в области фатерова сосочка;
- индуративный или псевдотуморозный панкреатит со сдавлением интрапанкреатической части холедоха.

При выборе варианта билиодигестивного шунтирования необходимо помнить о противопоказаниях для выполнения холедоходуоденоанастомоза (ХДА) и его недостатках.

*Пр о т и в о п о к а з а н и я для выполнения ХДА:*

- дуоденостаз;
- хроническая дуоденальная непроходимость;
- узкий общий желчный проток;
- рак головки поджелудочной железы.

*Недостатки ХДА:*

- синдром слепого мешка;
- восходящий холангит и абсцессы печени в поздние сроки после операции из-за дуоденобилиарного рефлюкса (это осложнение требует хирургической коррекции — выключения ХДА наложением сдавливающей лигатуры привратниковой зоны или резекции желудка по Бильрот-II);
- цирроз печени.

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ  
ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

Вряд ли найдется хирург, который не испытал бы тяжелых переживаний при появлении осложнений в ранние сроки послеоперационного периода. Эти осложнения помнятся значительно дольше, чем радость от успешно выполненных ранее операций...

Ретроспективный анализ всех этапов лечения, включая дооперационное обследование, выбор метода операции, ход оперативного вмешательства, адекватность послеоперационных назначений, показывает, что развитие осложнения редко связано с отдельной, изолированной причиной, а чаще с несколькими факторами. О многих причинах развития ранних послеоперационных осложнений сказано в монографиях О.Б.Милонова (1990), Ю.Э.Мянисте (1990), А.Б.Беляева (1990).

В.В.Жебровский (2000) делит все виды послеоперационных осложнений на четыре основные группы:

1. Послеоперационные осложнения, являющиеся логическим завершением тех общих или местных нарушений в организме больного, которые вызывают основное заболевание. В отличие от прогрессирования основного заболевания его осложнение является новым патологическим состоянием, в связи с возникновением которого резко изменяется лечебная программа.

2. Послеоперационные осложнения, вызванные глубокими нарушениями функций жизненно важных систем больного, которые обусловлены сопутствующими болезнями. В этом случае операционная травма может явиться той чрезмерной агрессией, в результате которой компенсаторные возможности организма больного окажутся несостоятельными.

3. Осложнения, обусловленные плохим качеством технического исполнения операции.

4. Послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов лечения.

Дооперационное прогнозирование ранних послеоперационных осложнений позволяет снизить их количество. Поэтому следует выделить наиболее значимые факторы риска возникновения осложнений: возраст старше 70 лет, давность заболевания, наличие сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма, недостаточность кровообращения, хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью, сахарный диабет, ожирение III – IV степени), гормональная терапия. Чаще всего имеется синдром взаимного отягощения, когда совокупность причин приводит к неблагоприятным результатам.

Для систематизации факторов, которые приводят к развитию осложнений в послеоперационном периоде, следует, на наш взгляд, выделить две группы причин: общие и специфические. Подобное разделение объясняется тенденциями развития хирургии желчевыводящих путей в последнее десятилетие: переход от одномоментной коррекции всей патологии из широкого доступа к этапным дозированным вмешательствам и внедрением современных методов диагностики. К общим причинам следует отнести возраст, наличие сопутствующих заболеваний, тяжесть и длительность основного заболевания, факторы, способствующие развитию инфекции. К специфическим причинам мы относим технические и тактические ошибки, допущенные на этапах обследования и оперативного вмешательства.

Среди общих причин возникновения ранних послеоперационных осложнений принципиально значимыми являются факторы, способствующие развитию инфекции. Как известно, частота только гнойных осложнений у этой группы больных достигает 23,5 – 80%, а в структуре летальности 42% фатальных исходов связано с инфицированием (Шалимов С.А. и др., 1984; Савельев В.С. и др., 1995; Совцов С.А., 1995; Гринберг А.А., Гусятин С.Н., 2000). В связи с этим успех лечения послеоперационных осложнений во многом зависит от результатов борьбы с инфекцией. Поэтому считаем целесообразным рассмотреть общие причины развития РПО с позиции риска развития гнойно-септических состояний.

**Причины высокого риска хирургических инфекций в раннем послеоперационном периоде.** Причины, связанные с состоянием пациента:

- пожилой и старческий возраст;
- продолжительные заболевания;
- ожирение;
- сахарный диабет, прием кортикостероидных препаратов;
- последствия недостаточного питания;
- иммунодепрессия и сопутствующая патология, в том числе инфекция;
- выбор неоптимальных сроков и метода операции.

В последние годы отмечается изменение возрастного состава населения в связи с ростом в нем доли больных пожилого и старческого возраста. По-видимому, и в дальнейшем следует ожидать увеличения числа пациентов за счет лиц пожилого и старческого возраста (Ермолов А.С. и др., 1986; Малярчук В.И. и др., 2000). Осложнения в раннем послеоперационном периоде после ОХЭ у пациентов в возрасте 80 лет и старше встречаются в 50% случаев (Gonzales J.J. et al., 1997), после ЛХЭ в возрасте старше 70 лет — в 20%. Как известно, больные в возрасте старше 60 лет составляют более половины состава стационаров хирургического профиля, при этом 19% из них, по данным литературы, госпитализируются через 5 сут от начала заболевания и позднее. Совокупность перечисленных факторов обуславливает высокий операционно-анестезиологический риск.

Высокий риск операции у больных пожилого и старческого возраста обусловлен также и большим количеством у них сопутствующих заболеваний. Так, сердечно-сосудистые заболевания отмечены нами у 82% пациентов старше 74 лет, сахарный диабет — у 2,4%, заболевания дыхательной системы — у 73%. Согласно нашим статистическим данным, летальность после ОХЭ у пациентов в возрасте до 60 лет составила 0,82%, в группе пожилых (60—74 года) — 4,2%, старше 75 лет — 7,9%.

Длительность основного заболевания и выраженность воспаления желчного пузыря оказывают влияние на частоту ранних послеоперационных осложнений. Анализ причин летальных исходов у наших больных показал, что у 79% из них смерть последовала после операции по поводу осложненных форм желчнокаменной болезни. Часто ошибки и осложнения

возникают в случаях операций при деструктивном холецистите, синдроме Мириizzi, склероатрофическом желчном пузыре, холецистодигестивных свищах. Частота повреждений внепеченочных желчевыводящих протоков (ВЖП) при остром холецистите составляет в среднем 5,5% против 0,2% при неосложненном холецистите (Kum C. et al., 1996).

Частота возникновения осложнений в послеоперационном периоде у больных, страдающих сахарным диабетом, достигает 41,2% (Sandler R.S. et al., 1986; Sherigan R.S. et al., 1987; Tompson R.W., Sculer J.G., 1986). Проведенное в Бельгии рандомизированное контролируемое клиническое исследование (1 500 пациентов) показало, что строгий контроль содержания глюкозы в крови (<110 мг/дл) позволил снизить летальность (в том числе летальность вследствие инфекционных осложнений среди тяжелобольных пациентов).

Фактором, способствующим развитию интра- и послеоперационных осложнений, считается наличие цирроза печени (Gugenheim J. et al., 1996).

При наличии микроорганизмов в желчи — бактериохолии инфекции в области хирургического вмешательства выявляются у 10% больных, а при их отсутствии — у 3%. Так, О.С.Шкроб (1983) отмечает, что при инфицированной желчи частота нагноения ран у больных была в 2,3 раза выше, чем при стерильной. По данным M. Cainzos et al. (1997), в последние годы в билиарной хирургии имеется достоверное увеличение септических осложнений. Так, сравнительный анализ, проведенный автором в 8 европейских клиниках, на основе компьютерной программы «Хирургия» позволил установить, что у 7,5% больных развились септические осложнения. Из них у 4,3% больных отмечались нагноения операционных ран, у 1,8% — внутрибрюшные инфекции. После ЛХЭ септические осложнения наблюдались у 3,6% больных, после ОХЭ — у 12,6%, нагноение операционных ран после ЛХЭ — у 2,4%, после ОХЭ — у 6,3%. При условно чистых операциях септические осложнения наблюдались в 3,2% случаев, при «загрязненных» — в 7,7%, при «грязных» (наличие гноя во время операции) — в 20%. Средний возраст пациентов, у которых отмечены септические осложнения, составил 61,5 года.

Летальность вследствие септических осложнений, по данным 8 европейских клиник, составила 0,4% (Cainzos M. et al.,

1997). Важным в прогностическом плане представляется наличие или отсутствие инфекционных поражений других участков тела (Valentine et al., 1986). Среди пациентов, у которых имелись инфекции другой локализации, отмечалось двукратное увеличение случаев гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде (14,4% против 6,9%;  $p < 0,001$ ). По распространенности инфекции другой локализации распределяются следующим образом: инфекции мочевыводящих путей составляют 44% случаев; кожные инфекции — 25%; пневмония и бронхит — 13%; инфекции нижних конечностей, связанные с диабетом или сосудистой недостаточностью, — 10%; заболевания сосудов — 2%.

Иммунный ответ в раннем послеоперационном периоде и уровень естественной резистентности организма детерминированы генетически. У больных с местной или генерализованной инфекцией снижена частота обнаружения антигенов HLA-A2, B8, B12. Нами проведено изучение HLA-фенотипа и его взаимосвязи с параметрами иммунного статуса у больных в раннем послеоперационном периоде (Фаррахов А.З., Тамакова В.П., 2004). Были обследованы две группы больных с различным послеоперационным течением: 36 человек — с неосложненным послеоперационным течением и 85 — с гнойно-воспалительными осложнениями. Определены HLA-антигены (I и II классов) и иммунологические показатели (в 1-е и на 7-е сут после операции). Показатели изучались в сравнении как между исследуемыми группами, так и с показателями общей популяции нашего региона (группа сравнения). Выявлено, что нарушения иммунного гомеостаза при различном послеоперационном течении детерминированы HLA-антигенами. По-видимому, HLA-антиген определяет специфику развития иммунных реакций, от которых зависит течение и исход патологического процесса. Антигены B35, DR2, DR3 ассоциированы с осложненным послеоперационным течением, риск развития ГВО у этих больных увеличивался в 2,5 раза. Кроме того, нами показано, что HLA-антигены могут служить маркерами регуляторного дисбаланса системы иммунитета: HLA B35+ сопряжен со снижением уровня IgG, HLA DR2+ — уровня CD4+ лф, DR3+ — уровня ФАН и CD8+ лф.

Вторая группа факторов — это специфические причины, связанные непосредственно с организацией работы клиники,

лоинвазивным способом порочно и нередко оборачивается тяжелыми последствиями.

Выбор оптимального метода хирургического лечения больных с осложненными формами ЖКБ является принципиальным фактором профилактики осложнений в послеоперационном периоде (Красильников Д.М. и др., 2002). Анализ литературы показывает, что темой для дискуссий остаются тактика хирурга и показания к операции при осложненных формах ЖКБ. Еще в 80-е годы XX столетия дискуссия велась между сторонниками активной, активно-выжидательной и активно-консервативной тактики. Сторонники активной тактики при остром холецистите были за выполнение оперативного вмешательства в течение 6–12 ч от начала приступа. Летальность, по данным авторов, — 0–2,7% (Ананикян П.П., 1984; Баулин Н.А., 1986; Дедерер Ю.М., 1986). Сторонники активно-выжидательной тактики выступали за выполнение пункции желчного пузыря в остром периоде, а оперативного вмешательства — в «холодном». Летальность в раннем послеоперационном периоде составляла 1,2–2,3% (Буянов В.М., 1986; Шулутко А.М., 1990). Сторонники консервативно-выжидательной тактики были за оперативное вмешательство только при нарастании симптомов заболевания и ухудшении состояния больного, при этом лучшими сроками для оперативного вмешательства считались 3 нед от момента заболевания.

Вместе с тем и в те годы отмечалась тенденция к более активной тактике при остром холецистите. В 90-е годы получили широкое признание малоинвазивные и этапные методы лечения. Преимуществом этих методов является минимальная травма без ущерба радикальности.

В настоящее время при остром холецистите имеется общая тенденция в пользу ранней малоинвазивной операции (ЛХЭ, ХМД), иногда даже без консервативной терапии. Выполнение операции в оптимальные сроки особо актуально для больных сахарным диабетом, пациентов старших возрастных групп, у которых деструктивные изменения в стенке желчного пузыря могут возникнуть через сутки и даже несколько часов от начала заболевания. В связи с этим формальное следование основным положениям активно-консервативной терапии в подавляющем большинстве случаев ОХ не оправдано (Захараш М.П. и др., 2001). В отношении больных с высоким операционным