

Рецензия

Рецензия на книгу:
М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карпова
“Осложнения минимально инвазивной хирургии.
Хирургическое лечение осложнений минимально
инвазивных вмешательств на желчных путях
и поджелудочной железе. Руководство для врачей”

Ermolov A.S.

Review on the book: M.V. Danilov, V.G. Zurabiani, N.B. Karpova
"Complications of miniinvasive surgery (Surgical treatment of complica-
tions after miniinvasive procedures on the biliary tract and pancreas).
Guidance for physicians"

Ermolov A.S.

В издательстве “Бином” в 2015 г. вышло руководство для врачей “ОСЛОЖНЕНИЯ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ” с подзаголовком “Хирургическое лечение осложнений минимально инвазивных вмешательств на желчных путях и поджелудочной железе”. Авторы книги — заслуженный деятель науки РФ, профессор М.В. Данилов, доцент, канд. мед. наук В.Г. Зурабиани и Н.Б. Карпова. Кроме них к работе над руководством были привлечены известные специалисты в панкреатобилиарной хирургии и инструментальной диагностике: профессор Г.Г. Ахаладзе (хирургическая патофизиология), профессор А.В. Гаврилин (ультразвуковая диагностика), профессор Г.Г. Кармазановский и доктор мед. наук Н.И. Яшина (компьютерная томография), профессор А.Е. Котовский и доктор мед. наук К.Г. Глебов (эндоскопия и эндоскопическая хирургия). Ведущий автор издания М.В. Данилов известен в России и за ее пределами своими многолетними исследованиями в области панкреатобилиарной хирургии, начатыми еще в 60-е годы прошлого столетия под руководством академика А.А. Вишневого и профессора В.В. Виноградова. Результаты этих исследований были опубликованы в 9 монографиях и руководствах и большом числе сообщений в отечественной и зарубежной литературе,

они отмечены Государственной премией СССР (1988), премией Правительства РФ по науке и технике (2002), премией им. А.Н. Бакулева РАМН за лучшую научную работу в области хирургии (2004). Первая глава руководства посвящена классификации, клинике и диагностике осложнений минимально инвазивных диагностических и лечебных вмешательств на билиарном тракте и поджелудочной железе. В разделе, написанном Г.Г. Ахаладзе, суммированы основные клинические синдромы, возникающие после неэффективных и/или осложненных эндоскопических и чрескожных процедур, включая билиарную гипертензию и механическую желтуху, а также инфекционные осложнения, в первую очередь холангит. Раздел, написанный А.В. Гаврилиным и соавт., посвящен оценке роли и возможностей методов ультразвукового исследования в профилактике, диагностике и лечении осложнений минимально инвазивных вмешательств. Особый интерес вызывают приводимые рекомендации по обоснованию показаний и техническому выполнению пункционных и катетеризационных диагностических и лечебных вмешательств при солидных и жидкостных внутрибрюшных и параорганных образованиях. Высокий научный и методический уровень отличает написанный Н.И. Яшиной, Г.Г. Кармазановским и соавт. раз-

Ермолов Александр Сергеевич — доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, Почетный директор НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Для корреспонденции: Ермолов Александр Сергеевич — E-mail: sklifos@inbox.ru

Ermolov Aleksandr Sergeevich — Doct. of Med. Sci., Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honor Director of Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

For correspondence: Ermolov Aleksandr Sergeevich — E-mail: sklifos@inbox.ru

дел, посвященный роли и возможностям компьютерной томографии в диагностике осложнений заболеваний панкреатодуоденальной зоны. Авторами убедительно продемонстрирован качественный скачок в диагностике различных форм и стадий панкреатита и периампулярных опухолей, а также в выявлении расстройств, возникающих как следствие осложнений традиционного и минимально инвазивного хирургического лечения, при внедрении в практику современных мультиспиральных компьютерных томографов, позволяющих выполнять большой спектр трехмерных, в том числе сосудистых, реконструкций. Данный раздел иллюстрирован большим числом высококачественных томограмм, демонстрирующих осложнения рецидивирующего панкреатита и выполненных по этому поводу неэффективных минимально инвазивных процедур. Большой интерес вызывает ознакомление с разделом, написанным А.Е. Котовским и К.Г. Глебовым и посвященным возможностям эндоскопических методов в выявлении и лечении осложнений, возникших после выполнения эндоскопических процедур на желчных путях, большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК), поджелудочной железе и ее протоках. Авторы раздела уделяют большое внимание причинам осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), эндоскопической литоэкстракции и билиарного эндопротезирования (стентирования). Подробно описаны способы профилактики неудач этих минимально инвазивных вмешательств и рациональная тактика их лечения. Последующие три главы руководства посвящены профилактике, диагностике и хирургическому лечению осложнений и неудач разнообразных диагностических и лечебных минимально инвазивных вмешательств на желчных путях и поджелудочной железе. Следует отметить нетрадиционное построение этих глав книги, в которой важнейшее внимание уделяется анализу собственных клинических наблюдений авторов, иллюстрирующих наиболее распространенные, а также достаточно редкие причины неудовлетворительных результатов “минимально инвазивной билиарно-панкреатической хирургии” и способы коррекции возникших осложнений и рецидивов заболевания. Объяснение такой конструкции книги приведено в предисловии, написанном М.В. Даниловым. В качестве примеров подобной структуры изложения автор приводит классические произведения выдающихся российских ученых: В.Ф. Войно-Ясенецкого и С.С. Юдина, книги которых нашли широкое признание отечественных хирургов. Глава 2 посвящена диагностике и хирургическому лечению осложнений минимально инвазивных диагностических процедур и операций при желчнокаменной болезни, в частности наружного дренирования желчного

пузыря при остром холецистите преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста. Приведены демонстративные примеры ранней выписки пациентов из стационара после разрешения приступа острого холецистита минимально инвазивным способом с неудаленным холецистостомическим катетером без попыток организовать окончательное лечение хирургической проблемы. Закономерное развитие в последующем рецидива острого холецистита и других осложнений вынуждает в дальнейшем переходить к повторному хирургическому лечению в менее благоприятных условиях. Большое внимание в данной главе уделено диагностике и хирургическому лечению осложнений и неудач эндоскопических вмешательств при холангиолитиазе. В частности, показаны причины осложнений, обусловленных нечеткими показаниями к ЭПСТ и литоэкстракции и дефектами технического выполнения этих процедур, что нередко недооценивается многими специалистами. Авторами показана особая опасность возникновения сочетанных осложнений ЭПСТ и внутрипротоковых манипуляций, таких как, например, комбинация ретродуоденальной перфорации, забрюшинной флегмоны, панкреонекроза, перитонита, кровотечения. Убедительно показана опасность развития деструктивного холецистита после выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии при длительной «инкубации» контрастного препарата в просвете желчного пузыря. Особо подчеркивается необходимость предупреждения и максимально раннего выявления осложнений диагностических и лечебных минимально инвазивных процедур и своевременного перехода к методам традиционной хирургии при невозможности коррекции их эндоскопическими или иными “щадящими” методами. Большое внимание авторы справедливо уделяют технике реконструктивных лапаротомных операций при наиболее тяжелых осложнениях эндоскопических процедур. Значительное внимание уделено тактике хирургического лечения “сложного” холедохолитиаза. Показано, что, несмотря на внедрение антеградного доступа к крупным и “гигантским” камням желчных протоков, использование современных способов литотрипсии, в том числе дистанционной и других прогрессивных методов, показания к выполнению традиционных вмешательств на билиарном тракте до сих пор сохраняют свое место. В частности, показано, что при синдроме Мирizzi минимально инвазивные способы лечения часто оказываются неэффективными или сопровождаются осложнениями, что требует перехода к открытым операциям на желчных путях и БСДК. Обширный раздел главы посвящен одной из наиболее актуальных проблем билиарной хирургии — осложнениям лапароскопиче-

ской холецистэктомии, частота которых значительно превышает таковую при открытых операциях на желчных путях; обсуждены также оптимальные способы профилактики и хирургической коррекции этих осложнений. Авторы убедительно демонстрируют причины этих осложнений, в частности, неполноценную дооперационную диагностику, например, невыявление до операции поражений магистральных желчных протоков — холангиолитиаза, опухолей желчных протоков, БСДК и поджелудочной железы, стенозирующего панкреатита, а также анатомических вариантов развития билиарной системы. Опасность осложнений лапароскопической операции при остром холецистите, как убедительно показывают авторы, может быть обусловлена также неправильным выбором времени выполнения эндоскопической операции, когда ее производят в стадии плотного воспалительного инфильтрата в зоне гепатодуоденальной связки. Серьезное внимание в книге уделено способам интра- и послеоперационной диагностики повреждений желчных протоков и сосудов, возникших в ходе выполнения лапароскопической операции, а также последующего конверсионного вмешательства. Наглядные примеры ошибочной диагностики и, как следствие этого, тяжелой травмы протоков и сосудов гепатодуоденальной связки приведены авторами. Важнейшая проблема лечения осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) — выбор оптимального срока реконструктивной операции при повреждении желчных протоков и наиболее подходящего способа коррекции возникших повреждений. Следует согласиться с рекомендацией авторов книги выполнять по возможности одномоментные реконструктивные вмешательства в ходе конверсионного вмешательства или в возможно более ранние сроки после осложнившейся ЛХЭ вместо до сих пор рекомендуемого многими двухмоментного хирургического лечения с использованием в качестве первого этапа наружного дренирования проксимального отдела желчных протоков. В последнем случае возникает опасность постепенного распространения стенозирующего процесса в желчных протоках в проксимальном направлении, прогрессирования холангита, что существенно затрудняет выполнение последующей реконструктивной операции. Различия в выборе метода хирургического лечения травмы желчных протоков и ее последствий, как показано на убедительных примерах, зависят от характера и объема возникшего повреждения билиарного тракта. Выполнение “восстановительных” операций типа билиобилиарных анастомозов, а также использование минимально инвазивных процедур типа билиарного стентирования может быть эффективным при пристеночных “малых” повреждениях протоковой системы с сохранени-

ем хотя бы частичной проходимости билиарного тракта. Напротив, при пересечении или иссечении желчных протоков, в особенности в зоне ворот печени, операцией выбора должна стать реконструктивная операция — формирование гепатико- или бигепатикоеюноанастомоза на длинной (50–60 см) изолированной петле тощей кишки. Роль и возможности миниинвазивного наружного и внутреннего дренирования билиарного тракта при его опухолевой непроходимости подробно проанализированы в главе 3. Авторы привлекают внимание к осложнениям способов наружного дренирования желчного пузыря при опухолевой механической желтухе и методам коррекции этих осложнений, в частности, при рецидиве механической желтухи и холангита. Более эффективным способом билиарной декомпрессии, предшествующей выполнению радикальной операции при периампулярном раке, авторы справедливо признают чрескожное чреспеченочное наружное и наружно-внутреннее дренирование желчных протоков, снижающее опасность развития осложнений и рецидивов билиарной гипертензии. Особое внимание в главе 3 уделено опасности рецидивов, осложнений и способам их коррекции при эндопротезировании желчных протоков у пациентов с подозрением на опухолевую обтурацию билиарного тракта. В книге приведены многочисленные примеры использования билиарного стентирования у пациентов с опухолевыми поражениями поджелудочной железы и периампулярной зоны в качестве единственного метода хирургического лечения. Однако невыполнение последующего радикального или паллиативного декомпрессивного хирургического вмешательства у многих пациентов осложнялось рецидивами механической желтухи и холангита на протяжении многих месяцев и даже лет, сопровождаясь развитием вторичных осложнений и требуя выполнения обременительных для пациентов многократных, достаточно травматичных эндоскопических процедур. Авторы напоминают, что продолжительность использования миниинвазивных паллиативных вмешательств при злокачественных опухолях не должна превышать разумные сроки выполнения жизнеспасательных отложенных радикальных вмешательств в ожидании нормализации гомеостаза и других показателей жизненных функций организма. В книге уделено особое внимание широко распространенной в последнее время тактике использования билиарного эндопротезирования пластиковыми и даже металлическими саморасширяющимися стентами без предварительного изучения причин механической желтухи и холангита, уровня обтурации билиарного тракта. В книге приведены многочисленные иллюстрации выполнения многократного билиарного стентирования при предполагаемой

опухолевой желтухе у пациентов с обтурирующим холангиолитиазом, псевдотуморозным панкреатитом, что потребовало в последующем проведения сложных реконструктивных лапаротомных операций. Отдавая должное роли эндопротезирования билиарного тракта при его опухолевой непроходимости с использованием пластиковых и нитиновых стентов в качестве способа безопасной подготовки к выполнению радикальных операций на поджелудочной железе, а также с целью улучшения качества жизни у пациентов с ожидаемой небольшой продолжительностью жизни, авторы в то же время указывают на недостатки этого метода, для которого характерно довольно быстрое возникновение рецидива желтухи и холангита и частое развитие разнообразных осложнений, требующих выполнения повторных минимально инвазивных и лапаротомных операций. Тактика и техника повторных и реконструктивных операций у подобных пациентов подробно описаны на страницах книги. Большой интерес вызывает ознакомление с приведенными в главе 4 результатами выполненных авторами повторных и реконструктивных операций у пациентов, ранее перенесших в различных фазах рецидивирующего панкреатита неэффективные и/или осложнившиеся минимально инвазивные диагностические и лечебные процедуры. Интересен опыт многоэтапных операций при распространенном панкреонекрозе, осложненном жидкостными образованиями. Приведенные клинические примеры убедительно демонстрируют нередкую необходимость перехода от пункций и катетеризации жидкостных скоплений и острых псевдокист к лапаротомным вмешательствам, которые в свою очередь в некоторых случаях могут затем потребовать выполнения завершающих пункционно-катетеризационных процедур. Точно так же гнойно-септические и геморрагические осложнения чрескожной катетеризации панкреатических псевдокист и абсцессов часто требуют выполнения открытых операций. Весьма интересна приводимая авторами оценка результатов эндоскопического билиарного и панкреатического стентирования как одного из компонентов многоэтапного хирургического лечения в различных фазах панкреатита. Показано, что у ряда пациентов с холангиогенным (билиарным) панкреатитом только комбинация чрескожных, эндоскопических процедур и лапаротомных вмешательств позволяет добиться выздоровления. Подобная тактика оказывается эффективной и при лечении пациентов с постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы, осложненными панкреатическим асцитом. При неэффективности и осложнениях панкреатического стентирования, в частности наступившей окклюзии и дислокации стента у пациентов с алкогольным калькулезным

панкреатитом, может требоваться выполнение лапаротомной операции, предусматривающей извлечение эндопротеза и наложение широкого панкреатоеюноанастомоза, что позволяет добиться стойкого выздоровления. Убедительны рекомендации авторов по выполнению реконструктивных лапаротомных операций у пациентов с осложнениями и рецидивами после наложения эндоскопических панкреатодигестивных анастомозов. Справедлив приводимый анализ причин развития ранних осложнений этих операций, среди которых важны ошибки дооперационной диагностики, не позволяющей выявить необходимые условия для безопасного и эффективного выполнения герметичных анастомозов. Развитие более поздних осложнений часто связано с формированием заведомо узких анастомозов, что обусловлено дефектами техники их выполнения или особенностями анатомических изменений поджелудочной железы, ее псевдокист и протоков. По опыту авторов, наиболее эффективным способом устранения возникших осложнений и коррекции поздних рецидивов эндоскопических вмешательств оказались лапаротомные реконструктивные операции — наложение широких панкреатодигестивных соустьев или резекция поджелудочной железы вместе с кистой. В заключение авторы справедливо подчеркивают, что внедрение в практику современных методов минимально инвазивной панкреатобилиарной хирургии требует совершенного обеспечения этих операций. Для планового применения наиболее сложных реконструктивных операций на билиарном тракте и поджелудочной железе необходима концентрация пациентов в специализированных хирургических центрах, обладающих штатом высококвалифицированных специалистов. Наконец, следует полностью согласиться с авторами в отношении нецелесообразности противопоставления традиционных и минимально инвазивных методов хирургии желчных путей и поджелудочной железы. Только использование по обоснованным показаниям каждого из этих методов обещает максимально благоприятный исход хирургического лечения. Ценным является пожелание авторов, чтобы исполнитель малоинвазивных вмешательств не только видел положительные моменты операции, но и отдавал себе отчет в биологической целесообразности и опасности выполняемой процедуры, предвидел развитие осложнений и представлял способы оказания помощи при ятрогении. Лишь интеграция традиционных и щадящих методов билиарно-панкреатической хирургии может стать важнейшим средством улучшения результатов лечения наиболее сложных пациентов. В решении этой проблемы несомненную помощь врачам хирургических специальностей может и должно оказать рецензируемое руководство.