

МИНИМАЛЬНЫЕ ЛАПАРОТОМНЫЕ ДОСТУПЫ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Клименко В.Н., Захарчук А.В., Михантьев Д.И., Кравченко С.М., Клименко А.В., Резник Ю.И., Салам Хасан

Запорожский государственный медицинский университет

Качественно новые принципы развития хирургии желчнокаменной болезни на фоне прогресса хирургической науки в целом приводит к переоценке устоявшихся взглядов, особенно в аспекте острого холецистита [2, 3, 5, 6]. Раньше у больных с таким диагнозом, требовавшим оперативного вмешательства, выполнялся обязательный широкий лапаротомный доступ. В настоящее время многие хирурги подходят к выбору доступа дифференцированно, применяя большие разрезы только у больных деструктивным холециститом с явлениями перитонита; в остальных случаях все чаще используются щадящие доступы и лапароскопическая холецистэктомия [1, 4].

Материал и методы. В клинике по поводу острого калькулезного холецистита оперировано 186 больных: женщин - 138, мужчин - 48. Средний возраст - 55 лет.

По клиническому течению с учетом данных инструментального и клинико-биохимического исследований выделяли деструктивный холецистит с перитонитом; деструктивный холецистит с признаками развивающегося околопузырного инфильтрата; калькулезный (серозный, флегмонозный) холецистит с острым воспалением (в первые 24-48 часов от начала приступа).

Обязательным компонентом интра- и послеоперационного обезболивания являлась пролонгированная перидуральная анестезия.

Такое распределение больных на три группы определяло тактические принципы хирургического вмешательства. У 42 (22,5%) пациентов с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом, выполнялся широкий лапаротомный доступ (верхняя срединная лапаротомия), удалялся желчный пузырь (как правило, гангренозный или перфоративный холецистит), при необходимости производилось наружное дренирование общего желчного протока, санация и дренирование брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждение. У 30 (16,1%) больных с пальпируемым околопузырным инфильтратом выполнили минимальный правосторонний трансректальный доступ (длина разреза

6-8 см, желчный пузырь выделяли из замуровывающих сращений с близлежащими органами; напряженный желчный пузырь пунктировали, аспирировали инфицированную желчь и выполняли холецистэктомию. Только в одном случае потребовалось большее рассечение брюшной стенки, в остальных - минимальный по объему доступ был достаточным для всех необходимых манипуляций в ране.

В группе 114 (61,2%) больных калькулезным холециститом с острым воспалением (первые 24-48 часов от начала приступа) холецистэктомия выполнялась либо из микролапаротомного правостороннего трансректального доступа (длина разреза 4-6 см), либо (при отсутствии противопоказаний) лапароскопическим способом. Эти два метода не конкурировали, а скорее дополняли один другой, так как при неуспехе лапароскопического метода, которому отдавалось предпочтение, холецистэктомии завершали из микролапаротомного доступа. Оба способа, будучи минимально травматичными, особенно показаны больным пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующих заболеваний.

Такой подход к выбору доступа при выполнении холецистэктомии у больных с острым холециститом позволил резко снизить количество послеоперационных осложнений, связанных с ненужным увеличением объема лапаротомной раны. Так, в группе больных с микродоступом и применением лапароскопического способа каких-либо осложнений не было. В группе с минилапаротомным доступом у двух больных (6,6%) наблюдалась пневмония и у одного (3,3%) - нагноение послеоперационной раны; летальных исходов не было. И только в группе больных деструктивным холециститом и перитонитом, тяжесть которых была обусловлена основным заболеванием, пневмония развилась у 2, нагноение раны - у 3 (7,1%), умерли 3 человека (7,1%).

Выводы. Таким образом, при хирургическом лечении острого холецистита необходимо дифференцированно подходить к выбору доступа и избегать ненужного увеличения его объема, сказывающегося на частоте послеоперационных осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березницкий Я.С., Ширяев С.Э. Миниинвазивные методы лечения желчно-каменной болезни//Клінічна хірургія.-1998.-С. 35-37.
2. Зайцев В.Т., Воробьев Ф.П., Тищенко А.М., Малоштан А.В., Иванников В.И., Сариян И.В. Современные тенденции развития хирургии желчнокаменной болезни//Клінічна хірургія.-1998.-С. 67-68.
3. Ивашенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. Проблемы лапароскопической хирургии острого холецистита//Актуальні проблеми панкреатогепатобілірної та судинної хірургії.-Клінічна хірургія .-1998.-С. 73-75.
4. Малащенко В.Н., Козлов С.А. Сравнительная характеристика уровня операционной травмы у больных после видеолароскопической и традиционной холецистэктомии//Новые технологии в хирургии.-Киев: "Арт-График", 1997.-С.57

5. Ничитайло М.Е., Скумс А. В., Огородник Г. В., Литвиненко А.Н., Голишевский В.А. Рациональная тактика лечения больных с хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом//Клиническая хирургия-1993-№11.-С.8-11.
6. Шалимов А.А., Кончак В.М., Дронов А.И., Хомяк И.В., Кирсанов В.В. Холецистэктомия с использованием минимального доступа//Клиническая хирургия.-1994.-№1-2.-С.3-4.

РЕЗЮМЕ

Мінімальні лапаротомні доступи в хірургії гострого холецистити

Клименко В.Н., Захарчук А.В., Михант'єв Д.І., Кравченко С.М., Клименко А.В., Резник Ю.І., Салам Хасан

Наводяться результати оперування 186 хворих з приводу гострого калькульозного холецистити. Зроблено висновок, що при хірургічному лікуванні гострого холецистити слід диференційовано підходити до вибору доступу та уникати зайвого збільшення його об'єму, що впливає на частоту післяопераційних ускладнень та летальності.

SUMMARY

Minimal laparotomic accesses in surgery of acute cholecystitis

V.N.Klimenko, A.V.Zaharchuk, D.I.Mihant'ev, S.M.Kravchenko, A.V.Klimenko, Yu.I.Reznik, Salam Hasan

The results of the operation of 186 patients for acute calculous cholecystitis are reported. The conclusion is made that in surgical treatment of acute cholecystitis a differentiated approach should be used in the choice of the access and the avoidance of the enlarging of its volume, which influence the frequency of postoperative complications and mortal outcomes.