

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Сопко А.И., Мишалов В.Г., Лозян И.В.

Кафедра госпитальной хирургии № 2 с курсом грудной и сосудистой хирургии Национального медицинского университета

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является наиболее распространенным в мире видом оперативного вмешательства при неосложненных формах желчнокаменной болезни. Вопрос о целесообразности данного метода при остром холецистите до сих пор остается дискуссионным [2, 4, 5].

Нами произведен анализ результатов 52 лапароскопических холецистэктомий, выполненных в нашей клинике по поводу острого холецистита. Из них по поводу гангренозного холецистита 7, флегмонозного – 26 вмешательств. 5 операций выполнено мужчинам, 47 – женщинам. Наибольшее количество больных (44 человека) представлены возрастной группой 45–55 лет. Калькулезный холецистит имел место у 50 (96,1%), бескаменный – у 2 (3,9%)

человек. 17 (32,7%) прооперированных страдали ожирением I–III степени.

Все больные госпитализированы в порядке скорой помощи. В сроки до 48 часов от начала заболевания послупило 39 (75%), позже 48 часов – 13 (25%) человек. Показания к операции определялись нами на основании клинической картины заболевания, лабораторных методов обследования, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопии. Наиболее ценным нам представляется ультразвуковое исследование, которое отражало наиболее полную картину морфологических изменений панкреато-билиарной системы (утолщение и расслоение стенки желчного пузыря, ширина холедоха и наличие в нем конкрементов.

состояние поджелудочной железы и ее протоков) [2, 5].

В предоперационной подготовке мы придерживались общепринятой тактики при остром холецистите. Особое внимание уделялось раннему (не позднее двух часов до начала операции) назначению антибактериальной терапии, включающей применение цефалоспоринов II–III поколений в сочетании с нитроимидазолами [3]. Выбор цефалоспоринов определяется чувствительностью к ним микрофлоры, наиболее часто обнаруживаемой при остром холецистите (*E. Koli*, *V. Klebsiella*, *Enterobacter*), а также высокой концентрацией препарата в желчи, превышающей в 5–8 раз (а для цефобиды в 100 раз!) концентрацию в сыворотке крови. Назначение метронидазола и его аналогов обусловлено содержанием в инфицированной желчи анаэробов.

Раннее начало проведения антибактериальной терапии показано в целях возможно быстрого купирования остроты процесса, а также уменьшения пиогенеза желчи, попадающей в брюшную полость во время операции и обсеменяющей рану передней брюшной стенки при извлечении желчного пузыря (особенно у тучных больных) [2].

Оперативное вмешательство проводилось нами в сроки от 6 до 24 часов с момента установления диагноза острого холецистита.

Противопоказаниями, по нашему мнению, к лапароскопическому варианту операции являются:

- распространенный перитонит;
- острый холецистопанкреатит с деструкцией поджелудочной железы;
- механическая желтуха;
- неоднократные предыдущие операции на органах верхнего этажа брюшной полости [2, 4].

Выполнение лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите сопряжено с техническими трудностями, в связи с морфологическими изменениями в желчном пузыре и окружающих его тканях [4]. В связи с этим, мы используем ряд технических приемов, облегчающих проведение операции.

Укладку больных, особенно тучных, производят в положении Тренделенбурга и ротацией операционного стола влево. Это обеспечивает перемещение петель кишечника и сальника, что улучшает обзор подпеченочного пространства [1, 5].

Мы во всех случаях производим эвакуацию содержимого желчного пузыря, с целью его декомпрессии. Пункция производится толстой длинной пункционной иглой диаметром 2,0 мм, введенной в брюшную полость через отдельный прокол брюшной стенки под контролем лапароскопа с последующей активной аспирацией содержимого. Для более надежного захвата пузыря и его тракций, в брюшную полость мы вводим толстый (10 мм) удерживающий зажим, который накладывается на

место пункции в момент извлечения иглы. Пункция желчного пузыря и захват его дна толстым зажимом предпочтительны, по нашему мнению, так как облегчают дальнейшие манипуляции и снижают вероятность попадания инфицированного содержимого в свободную брюшную полость.

При выделении желчного пузыря из сращений с сальником, толстой и двенадцатиперстной кишкой, следует тщательно коагулировать сосуды, производить движения коагулятора при отделении полых органов в направлении от их стенки к желчному пузырю [1, 4].

Ввиду выраженных инфильтративно – воспалительных изменений в области гепатодуоденальной связки, необходимо четко дифференцировать ее элементы, так как в отечных тканях возрастает опасность повреждения холедоха, собственной и правой печеночных артерий. Избежать этого позволит рассечение брюшины от гартмановского кармана до печени [1]. Клипирование проводится после четкой визуализации пузырной артерии и пузырного протока. Широкий проток клипируется ступенчатым методом с наложением 2–3 клипс.

Для извлечения деструктивно измененного пузыря рекомендуем использование стандартных мешков для экстракции пузыря [5]. При отсутствии последних, мы применяем следующую методику: после выведения части пузыря из брюшной полости, вскрываем его просвет и аспирируем желчь. Окончатым зажимом, введенным в полость желчного пузыря, удаляем конкременты, при необходимости раздробливая их. Удерживающим зажимом, наложенным на дно пузыря, можно помогать манипуляции со стороны брюшной полости. После этого желчный пузырь извлекается, рана в области пупка ушивается.

После повторной инсуффляции брюшной полости, через оставшиеся троакары, производим окончательную санацию 0,25% раствором диоксида и дренируем подпеченочное пространство. Проведение этих мероприятий после удаления желчного пузыря и ушивания раны, позволяет предотвратить гнойные осложнения со стороны брюшной полости.

В послеоперационном периоде следует продолжить антибактериальную терапию до исчезновения воспалительного процесса.

В группе больных с острым холециститом, оперированных лапароскопически, летальных исходов, гнойных осложнений со стороны брюшной полости не было. Все операции завершены без перехода на лапаротомию. В 7 случаях (13,5%) отмечен инфильтрат и в 2 (3,8%) – нагноение раны в месте извлечения пузыря. Во всех этих случаях экстракция производилась без применения стандартных мешков.

Таким образом, применение ряда технических приемов при оперировании, проведение адекватной антибиотикотерапии в до- и послеоперационном периоде, позволяют значительно расширить показания к лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите. Исходы оперативных вмешательств, малое количество осложнений со стороны раны брюшной стенки и отсутствие их со стороны брюшной полости, убеждают нас в преимуществах лапароскопического варианта операции над традиционным способом холецистэктомии путем чревосечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курдо С. А., Гайдуков В. Н. Технические принципы операции лапароскопической холецистэктомии//Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 16-18.
2. Малаханов С. Н. Возможности лапароскопической холецистэктомии при острых и хронических холециститах//Автореферат ... канд.м.н. МЗ. Рос. мед. ун-т. – М., 1994. – С. 18.
3. Нечитайло М. Е., Беличенко И. С., Стасенко А. А., Титаренко С. Н., Гулам Наби Лон. Профилактика инфекционных осложнений у больных, оперированных по поводу доброкачественной обструкции желчных путей//Тез. научно-практ. конф. хир. ф-та (20 дек. 1990 г.). – К., 1990. – С. 57-59.
4. Попов А. Ф., Брискин Б. С., Малаханов С. Н. И др. Острый холецистит как проблема лапароскопической холецистэктомии//Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 13-15.
5. Fuchs K. H., Hamelmann H., Manegold B. C. Chirurgische Endoskopie im Abdomen//Berlin, 1992. – 452 p.

РЕЗЮМЕ

Особливості оперативної техніки лапароскопічної холецистектомії при деструктивних формах гострого холециститу

Сопко А.І., Мішалов В.Г., Лозян І.В.

Проаналізовані результати 52 лапароскопічних холецистектомій з приводу гострого холециститу. Застосування ряду технічних засобів при оперуванні, адекватної до- та післяопераційної антибіотикотерапії значно розширюють показання до лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі, котра має великі переваги над традиційною холецистектомією.

SUMMARY

The peculiarities of the operative technique of the laparoscopic cholecystectomies in destructive forms of acute cholecystitis

A.I. Sopko, V.G. Mishalov, O.V. Balaban, V.M. Seliuk, I.G. Alioshina, A.V. Gancharuk

The results of 52 laparoscopic cholecystectomies for acute cholecystitis have been analysed. The use of the number of technical methods in operation, adequate pre- and postoperation antibiotic therapy significantly broadens the indications to laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis, which has great advantages in comparison with traditional cholecystectomy.