

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*В.А. Сиплиный, Г.Д. Петренко, Д.Г. Петренко, С.Н. Тесленко, А.Г. Гузь, А.Г. Петюнин,
С.В. Гринченко*

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии № 2

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты лапароскопической холецистэктомии у 145 больных острым деструктивным холециститом. Предложено рассечение стенки желчного пузыря для облегчения идентификации структур треугольника Кало в отечной гепатодуоденальной связке. Для упрощения эндоскопического оперативного вмешательства сконструированы распаторы и проводники трубчатых дренажей. Разработаны и внедрены рациональные схемы дренирования брюшной полости. Все это позволило сократить койко-день до 7,2, а количество осложнений до 1,3%.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: деструктивный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование, брюшная полость, антибактериальная терапия

ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии в лечении хронического калькулезного холецистита позволило значительно улучшить реабилитационные показатели у этой категории больных и в настоящее время считается «золотым» стандартом [2, 3, 4]. Совершенствование технологии лапароскопической холецистэктомии позволило применить этот способ оперативного вмешательства и у больных острым холециститом [1, 5]. Тем не менее ряд вопросов, касающихся техники оперативного вмешательства и особенно выбора рациональных способов дренирования брюшной полости остаются не полностью изученными и не находят должного отражения в печати.

Цель исследования – выбор наиболее простого и безопасного метода лапароскопического вмешательства и рационального дренирования брюшной полости при деструктивных формах острого холецистита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением за последние три года находилось 145 больных с деструктивными формами острого калькулезного холецистита (бескаменных холециститов не было). Из них с острым флегмонозным холециститом было 42 (49,7%) больных, гангренозным холециститом – 45 (31,0%), гангренозно-перфоративным – 28 (19,3%). Перивезикальный инфильтрат был у 24 больных, перивезикальный абсцесс – у 19, местный перитонит – у 12, диффузный перитонит – у 3 больных. Средний возраст был 56,7 лет. Среди них женщин было 124 (85,5%), мужчин – 21 (14,5%).

Лапароскопическая холецистэктомия у больных с деструктивными формами острого холецистита связана с рядом трудностей.

Рыхлая стенка желчного пузыря при его напряженном состоянии сложно удерживается зажимами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией его содержимого позволяла облегчить его удержание и тракцию. При этом мы не считаем, что разрыв стенки пузыря во время его захвата и тракции являются показанием для лапаротомии. При перфорации пузыря его содержимое сразу эвакуировали, что позволило избежать бактериального обсеменения брюшной полости.

Наиболее удобно и безопасно выделять из инфильтрата деструктивно измененную стенку желчного пузыря сконструированными нами распаторами для лапароскопических оперативных вмешательств. В зависимости от возникшей ситуации во время лапароскопической холецистэктомии мы применяем распатор, у которого рабочий конец цилиндрической, цилиндрической с закругленным концом, плоской или копьевидной формы. Нами также сконструированы распаторы, которые через адаптер подключаются к АХВЧ. Такая конструктивная особенность распаторов позволяет, при необходимости, выполнить электрокоагуляцию или произвести электродиатермоэксцизию.

Но наиболее сложный и ответственный этап лапароскопической холецистэктомии у этой категории больных – верификация элементов треугольника Кало в отечных тканях. В такой ситуации у 15 больных нами выполнено рассечение передней стенки желчного пузыря до пузырного протока, что позволило его идентифицировать и клипировать, но у 2 больных мы вынуждены были перейти на лапаротомию, а у 10 – выполнить микролапаротомию в правом подреберье. При деструкции стенки желчного пузыря прилежащей к печени мы не ставили перед собой задачу убрать всю стенку. У 16 больных произведена ее электрокоагуляция с последую-

шей обработкой 6% раствором формальдегида.

Деструктивный желчный пузырь мы извлекали через микроразрез в правом подреберье, который использовали для установки перчаточного-трубчатого дренажа в подпеченочное пространство. У всех больных с деструктивными формами острого холецистита подпеченочное пространство дренировали перчаточным-трубчатым дренажом через разрез в правом подреберье, а правый фланк и правое поддиафрагмальное пространство – перфорированной полихлорвиниловой трубкой через троакар в 4-й точке. Для облегчения подведения перфорированных дренажей в желаемую область брюшной полости нами сконструированы оригинальные проводники трубчатых перфорированных дренажей во время лапароскопических операций. Они легко моделируются, благодаря этому значительно упрощается постановка дренажей и, естественно, сокращается время операции.

В период освоения и совершенствования техники лапароскопической холецистэктомии у больных острым деструктивным холециститом и признаками распространенного перитонита нами выполнялась традиционная холецистэктомия с общепринятыми способами дренирования. К настоящему времени мы хорошо владеем методикой лапароскопической санации брюшной полости. Нами лапароскопическим способом прооперирована одна больная с разлитым желчным перитонитом вследствие гангренозно-перфоративного холецистита. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена с использованием вышеописанных хирургических приемов. Брюшная полость промыта с использованием 7000 мл теплого раствора 1:5000 фурацилина. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде проводилась разработанным нами способом (Авторское Свидетельство СССР № 874035), который нами с успехом применяется при традиционных способах оперативного вмешательства – постоянное интраперитонеальное орошение супермаксимальными дозами антибиотиков в сочетании с растворами нитрофуранов. Для орошения использовалась лекарственная смесь следующего состава (суточная доза): цефтриаксон 6,0 г, раствор фурацилина 1:5000 350 мл, 0,5% р-р новокаина 150 мл. В брюшную полость лекарственная смесь подавалась со скоростью 6 капель в минуту. Орошение проводилось непрерывно на протяжении 3 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выработанная нами тактика оперативного лечения деструктивных форм острого холе-

цистита позволяет выполнить лапароскопическую холецистэктомию у этой категории больных. Использование рассечения передней стенки желчного пузыря, в сложных ситуациях позволяет верифицировать пузырный проток и произвести его клиппирование. Использование разработанных нами распылителей для лапароскопических оперативных вмешательств упрощает выделение стенки деструктивного желчного пузыря.

Принципиальным вопросом остается рациональное дренирование брюшной полости у больных с деструктивным холециститом. Как свидетельствуют результаты проведенного нами исследования, желчный пузырь целесообразно удалять через отдельный микроразрез в правом подреберье, который используем для постановки перчаточного-трубчатого дренажа в подпеченочное пространство. Для дренирования поддиафрагмального пространства, фланков и малого таза применяем перфорированные трубчатые дренажи, которые проще устанавливать с помощью специальных проводников.

В проведении антибактериальной терапии мы отдаем предпочтение антибиотикам цефалоспоринового ряда, вводимым парентерально. У больных с разлитым перитонитом антибактериальная терапия проводилась разработанным нами способом – постоянное интраперитонеальное орошение супермаксимальными дозами антибиотиков в сочетании с растворами нитрофуранов.

В обследуемой группе больных летальных исходов не было. Количество осложнений – 2 (1,3%) пневмония. Средний койко-день – 7,2 дня.

ВЫВОДЫ

1. У больных острым деструктивным холециститом лапароскопическая холецистэктомия может быть операцией выбора.
2. Наиболее сложным этапом лапароскопической холецистэктомии при отечной гепатодуоденальной связки является идентификация анатомических структур треугольника Кало. В этой ситуации можно рассечь переднюю стенку желчного пузыря и проследить ход пузырного протока.
3. При деструктивных формах острого холецистита желчный пузырь из брюшной полости необходимо извлекать через миниразрез в правом подреберье, который используется для перчаточного-трубчатого дренажа подпеченочного пространства.
4. При разлитом желчном перитоните оптимальный способ антибактериальной терапии – постоянное интраперитоне-

альное орошение супермаксимальными дозами антибиотиков в сочетании с рас-
творами нитрофуранов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев А.А. // Эндоскопич. хирург. 2001. № 2. С. 10-11.
2. Бударин В.Н. // Хирургия. 2000. № 12. С. 20-22.
3. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Мовчун А.А. и др. // Хирургия. 1991. № 6. С. 130-131.
4. Нечитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н. и др. // Клініч. хірург. 2001. № 10. С. 6-9.
5. Попов А.Ф., Брискин Б.С., Малаханов С.Н. и др. // Хирургия. 1995. № 5. С. 13-15.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ І ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМУ ХОЛЕЦИСТИТИ

*В.О. Сипливий, Г.Д. Петренко, Д.Г. Петренко, С.М. Тесленко, А.Г. Гузь, О.Г. Петюнін,
С.В. Грінченко*

Харківський державний медичний університет, кафедра загальної хірургії № 2

РЕЗЮМЕ

Приведено результати лапароскопічної холецистектомії у 145 хворих на гострий деструктивний холецистит. Запропоновано розтинати стінку жовчного міхура для полегшення ідентифікації структур трикутника Кало. Для полегшення ендоскопічного втручання сконструйовані розпатори і провідники трубчатих дренажів. Розроблені та впровадженні раціональні схеми дренивання черевної порожнини. Все це дозволило скоротити середній ліжко-день до 7,2, а кількість ускладнень до 1,3%.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: деструктивний холецистит, лапароскопічна холецистектомія, дренивання, черевна порожнина, антибактеріальна терапія

PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC CHOLECISTECTOMIA AND DRENAGING OF ABDOMINAL CAVITY AT DESTRUCTIVE CHOLECISTITIS

V.O. Siplivy, G.D. Petrenko, S.M. Teslenko, A.G. Gus, O.G. Petunin, S.V. Grinchenko

Kharkiv State Medical University, Department of General Surgery № 2

SUMMARY

Are shown the results of laparoscopic cholecystectomy in 145 patients with acute destructive cholecystitis. Is offered the dissection of gallbladder wall for better identification of triangle Callot structures in oedematic hepatoduodenal ligament. For simplification of operative measure are constructed raspatories and conductors of tubular drainages. Are designed the rational schemes of a drainage of abdominal cavity. All this has allowed to decrease bed-day up to 7.2, and quantity of complications up to 1.3%.

KEY WORDS: destructive cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, drainage, abdominal cavity, antibacterial therapy