

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

*Кафедра хирургических болезней № 1 АФ КГМУ,
МУЗ «Майкопская городская клиническая больница», г. Майкоп*

Хирургическое лечение острого холецистита с поражением протоков и большого дуоденального сосочка (БДС) остается важной проблемой в неотложной хирургии.

В последнее время благодаря развитию эндоскопических методик ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) представляет надежный и эффективный метод выявления и удаления камней из желчных протоков [1, 2, 6].

Цель нашей работы – показать улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненным острым холециститом и ответить на вопрос, целесообразно ли применение мини-лапаротомной холецистэктомии и холедохотомии по М. И. Прудкову с использованием инструментария «Мини-ассистент».

Среди неотложных состояний острый холецистит в хирургическом отделении МУЗ «Майкопская городская клиническая больница» (МУЗ «МГКБ») занимает второе место после острого аппендицита.

Материалы и методика исследования

С 1998 года в хирургическом лечении острого холецистита применяется метод щадящего оперирования из мини-доступа по М. И. Прудкову с использованием инструментария «Мини-ассистент».

Тактика лечения с 1998 года на нашей кафедре на базе хирургического отделения МУЗ «МГКБ» включает следующий лечебно-диагностический алгоритм: при поступлении больного с острым холециститом в приемное отделение МГКБ выполняются УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. В случае подтверждения

диагноза острого калькулезного холецистита выполняется кратковременная консервативная терапия, при отсутствии эффекта от которой выставляются показания к неотложному оперативному лечению. Необходимо отметить, что мы стараемся оперировать в дневное время. Больным, поступившим после 20.00 (при отсутствии клиники перитонита), проводится консервативное лечение до утра. После 8 часов проводится УЗИ-контроль и выполняется диагностическая лапароскопия, цель которой – провести дифференциальную диагностику и ревизию брюшной полости. После верификации диагноза острого холецистита выполняем оперативное лечение.

Трансректальным разрезом 3–4 см длиной в правом подреберье, отступя 4 см от срединной линии, вскрывается брюшная полость. Устанавливается аппарат «Мини-ассистент». Отдаем предпочтение холецистэктомии от шейки. В случае напряженного желчного пузыря последний пунктируем, что облегчает манипуляции в области гепатодуоденальной связки.

Мы согласны с мнением, что в экстренной хирургии выполнение интраоперационной холангиографии является обязательным методом исследования. При выявлении конкрементов внепеченочных желчных протоков выполняется холедохотомия из мини-доступа с последующей интраоперационной ревизией желчных протоков с помощью оригинальных инструментов из вышеуказанного набора. Заканчиваем холедохотомию обязательным наружным дренированием Т-образным дренажом. Последний необходим для формирования желчного свища, который используют в последующем для холангиофистулографии с целью выявления резидуальных камней в холедохе.

Количество проведенных операций (мини-лапаротомная холецистэктомия) за период XII.1999 по VII.2004 г.

Человек

Возраст	Мужской пол								Женский пол							
	Без дренирования холедоха				С дренированием холедоха				Без дренирования холедоха				С дренированием холедоха			
	Острый			Хронический	Острый			Хронический	Острый			Хронический	Острый			Хронический
	Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный		Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный		Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный		Катаральный	Флегмонозный	Гангренозный	
20–40	–	2	1	–	1	–	–	–	23	23	3	4	1	1	–	–
40–60	2	8	–	1	–	–	–	–	25	47	7	18	5	2	–	–
60–...	3	11	–	2	2	1	–	–	17	77	12	14	–	3	1	1
Итого	5	21	1	3	3	1			65	147	22	36	6	6	1	1

Примечание: всего прооперировано 318 человек, в том числе без дренирования 300 человек, с дренированием – 18.

В нашей клинике с 1998 по 2004 г. прооперировано 318 больных с острым калькулезным холециститом из мини-доступа по М. И. Прудкову.

Из них мужчин – 34 (10,7%), женщин – 284 (89,3%). По возрасту больные распределились следующим образом (таблица):

от 20 до 40 лет – 59 (18,55%) больных,
от 40 до 60 лет – 115 (36,16%) больных,
старше 60 лет – 144 (45,28%) больных.

По результатам гистологического исследования удаленного желчного пузыря выявлены: катаральный калькулезный холецистит – 79 (24,83%) больных, флегмонозный калькулезный холецистит – 175 (55,03%); гангренозный калькулезный холецистит – 24 (7,57%); хронический калькулезный холецистит – 40 (12,57%).

Вмешательство на протоках выполнено у 18 (5,66%) пациентов, из них у 4 (0,94%) с механической желтухой. Переход на лапаротомный доступ не потребовался ни в одном случае.

Камни из холедоха удалены окончательным зажимом оригинальной конструкции из набора «Мини-ассистент».

Оперативное пособие при вмешательствах на протоках после контрольной холангиографии заканчиваем наружным дренированием холедоха Т-образным дренажом. В тех случаях, когда по дренажу из холедоха выделялось более 400 мл желчи в сутки, последнюю рекомендовали в обязательном порядке принимать с минеральной водой или пивом в отношении 1:1. При нормализации температуры тела на 5–7-е сутки выполняем чресфистульную холангиографию. Удаляем дренаж из холедоха через 21 день.

При выявлении конкрементов в холедохе выполняем ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) с эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с удалением камней. Таких случаев, по нашему материалу, было 5 (1,57% больных).

Приводим наши наблюдения. Больная К., 83 лет, поступила в отделение 10.11.2004 г. с диагнозом ЖКБ Острый калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Обследована: УЗИ – желчный пузырь 90х45 мм, стенки утолщены до 8 мм, в просвете конкременты от 0,5 до 1 см в диаметре; холедох расширен до 14 мм, конкременты не определяются. Билирубин общий – 220 ммоль/л, прямой – 160 ммоль/л. Проведено консервативное лечение в течение 24 часов – без эффекта.

11.11.2004 г. операция – мини-лапаротомная холецистэктомия, во время операции выполнена интраоперационная холангиография, выявлен конкремент в терминальном отделе холедоха. Выполнена холедохолитомия, конкремент удален оригинальным инструментом из набора «Мини-ассистент», холедох дренирован

Т-образным дренажом. Послеоперационный период без осложнений. По дренажу потери желчи до 200–300 мл в первые двое суток с последующим уменьшением. На 21-е сутки Т-образный дренаж удален. Чресфистульная холангиография не выявила патологии. Через год больная осмотрена, контрольное УЗИ – без особенностей.

Выводы

1. В хирургии острого холецистита с поражением протоков системы мини-доступ с дренированием холедоха Т-образным дренажом является методом выбора в неотложной хирургии.

2. Холедохифистулография через Т-образный дренаж на 20–21-е сутки способствует выявлению резидуальных камней в холедохе и наличию папиллостеноза, что является показанием для РПХГ и ЭПСТ.

3. Мини-лапаротомный метод холецистэктомии и холедохолитотомии особенно выгоден у больных пожилого и старческого возраста.

Поступила 29.09.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М. А., Сексенбаев Д. С., Доскалиев Ж. А., Сексенбаев Б. Д., Телегенов Г. У. Эндоскопическая хирургия. 1999, № 1. С. 39–41.
2. Балаыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М., 1996.
3. Всероссийская конференция «Эндоскопически ассистированные операции». Екатеринбург, сентябрь, 1999 г.
4. Гальперин Э. Н., Дедерер Ю. М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.: Медицина, 1987.
5. Филаженко В. Н., Лобаков А. И., Аваш Ю. Б., Захаров Ю. И., Голубкова Г. М. // Хирургия. 1999. № 12. С. 33–36.
6. Хубиев А. Ю., Бжассо М. А., Хадж Мохаммед Р. М. Хирургическое лечение холецистита из мини-доступа по М. И. Прудкову. Материалы Северо-Кавказской региональной научной конференции «Перспектива-2001». Нальчик, 2001. С. 108–110.

R. M. KHADGE MOHAMMED, R. B. MERETUKOV

SURGERY TACTICS OF COMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS TREATMENT FROM MINI ACCESS

The present article describes a problem of tactics of complicated acute cholecystitis treatment from mini access in 318 patients. Gravels from choledoch are removed with the help of fenestrated forceps from the «Mini –assistant» set.

It is expedient to use mini laparotomic cholecystectomy and choledocholithotomy in elderly and old age patients with a severe associated illness.