

УДК 616.33-022.44:614-067

Рекомендации к проведению оперативных вмешательств при остром холецистите

Ю.В. Артемов

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** острый холецистит, холецистэктомия, желчный пузырь

Оперативные вмешательства при остром холецистите могут производиться в экстренном, срочном и отсроченном порядке. Сроки операции определяются характером течения основного процесса, наличием его осложнений, общим состоянием и возрастом больных.

Экстренные операции, выполняемые в первые часы после поступления больных в клинику, чаще других сопровождаются неблагоприятными результатами. Основная причина неблагоприятных результатов заключается в том, что операция выполняется без достаточного обследования и подготовки, нередко при наличии декомпенсированных системных нарушений. В связи с этим экстренные операции оправданы лишь при разлитом и общем перитоните, гангрене и перфорации стенки пузыря, когда тяжесть основного процесса делает бесперспективными попытки добиться стойкой стабилизации общего состояния. Однако и в этих случаях необходима 2–3 часовая массивная предоперационная подготовка в условиях отделения интенсивной терапии.

Срочные оперативные вмешательства выполняются на 2–10 сутки после поступления в стационар при следующих обстоятельствах:

- а) отсутствие тенденции к ограничению воспалительного процесса под влиянием консервативной терапии, нарастание перитонеальных симптомов, интоксикации, свидетельствующих о деструктивном процессе в желчном пузыре,
- б) развитие признаков эмпиемы желчного пузыря,
- в) абсцессы брюшной полости,
- г) неразрешающаяся механическая желтуха.

Следует отметить, что при решении вопроса о срочном оперативном вмешатель-

стве необходимо учитывать степень операционного риска, от чего зависит объем и характер предоперационной подготовки.

Отсроченные операции, выполняемые после ликвидации острого воспалительного процесса, целесообразны во всех случаях, когда причина заболевания подлежит хирургической коррекции. Показания к отсроченной операции должны учитывать степень операционного риска. При высокой степени риска операция оправдана только у больных с тяжелыми и частыми приступами холецистита, при наличии его осложнений.

Выбор метода операции

При неясном диагнозе острого холецистита, в случае безуспешности применения других диагностических мероприятий, показана лапароскопия. У больных с высокой степенью операционного риска при лапароскопическом диагнозе острого холецистита операция может завершаться лапароскопической холецистостомией или чрескожной чреспеченочной катетеризацией желчного пузыря и дренированием подпеченочного пространства. Лапароскопия противопоказана больным, перенесшим в прошлом обширные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, а также при наличии признаков декомпенсации дыхания и кровообращения.

При четком диагнозе острого холецистита с пальпируемым желчным пузырем больным с крайней степенью операционного риска показана холецистостомия. При обсуждении показаний к этой операции необходимо учитывать особенности распространения воспалительного процесса по желчевыводящим путям. Так, при наличии холедохолитиаза и признаках холангита холецистостомия может

быть выполнена только при сохраненной проходимости пузырного протока.

Холецистэктомия — наиболее частое оперативное вмешательство при остром холецистите; является радикальной операцией в случае отсутствия осложнений со стороны желчевыводящих протоков и поджелудочной железы. Операции на желчных протоках и фатероме показаны при наличии осложнений холецистита.

Следует отметить, что наличие острого воспалительного процесса в брюшной полости и воспалительных изменений со стороны желчных протоков не является абсолютным противопоказанием для наложения би-лиодигестивного анастомоза. Оперативные вмешательства на фатероме показаны в условиях острого воспалительного процесса нецелесообразны, но безусловно показаны при вколоченном камне фатерова соска.

Рекомендуемый план обследования

1. При поступлении в клинику больным с острым холециститом показаны следующие диагностические мероприятия:

- а) анализ крови (лейкоциты),
 - б) общий анализ мочи,
 - в) анализ мочи на диастазу,
 - г) показатели свертывающей системы крови, сахар и мочевины крови (по показаниям),
 - д) электрокардиография.
2. В первые сутки пребывания в стационаре проводятся исследования:
- а) клинический анализ крови,
 - б) группа крови и резус-фактор,
 - в) коагулограмма,
 - г) общий белок, билирубин, холестерин, ферменты крови (АЛТ, АСТ, ЛДГ, ГГТ1П, щелочная фосфатаза),

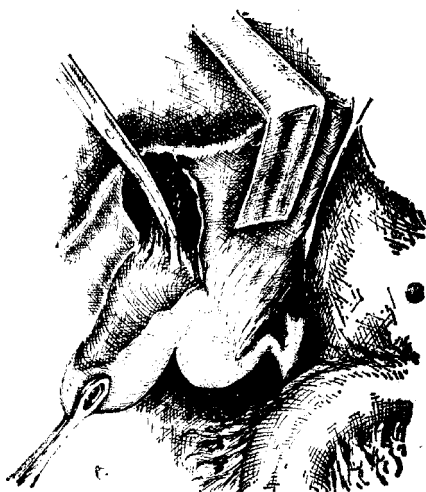


Рис. 1: Холецистэктомия. Выделение желчного пузыря от дна

- д) реакция Вассермана,
- е) рентгеноскопия грудной клетки.

3. По разрешении острых явлений проводятся:

- а) внутривенная холангиография,
- б) рентгеноскопия желудка (по показаниям),
- в) гастродуоденоскопия и ретроградная панкреатохолангиография (по показаниям),
- г) гепатография и гаммасцинтиграфия (по показаниям).

План предоперационного ведения больных

При наличии показаний к экстренному оперативному вмешательству:

- а) Предоперационная подготовка проводится в условиях отделения интенсивной терапии,
- б) Производится катетеризация центральной вены, при выраженном болевом синдроме и реактивном панкреатите — катетеризация перидурального пространства,
- в) энтеральное питание и прием жидкостей исключаются,
- г) производится зондирование (промывание) желудка,
- д) оксигенотерапия,
- е) плазмозаменители для коррекции ОЦК (объем и темп инфузионной терапии в зависимости от выраженности нарушений и показателей центрального венозного давления),
- ж) 10% раствор хлорида калия в 200 мл 10% глюкозы (при адекватном часовом диурезе),
- з) бикарбонат натрия 4% 200,0 мл (при лабораторных признаках ацидоза),
- и) промедол 1% 1,0; анальгин 50% — 2,0; пипольфен 2,0 (при отсутствии перидуральной анестезии), по показаниям могут применяться дроперидол 1 мл или седуксен,

к) витамины группы В и С, кокарбосилаза 100 мг, коргликон или строфантин 0,5—1,0 мл, курантил или изоптин 2,0 (по показаниям),

л) эуфиллин 2,4% 5,0—10,0; алуpent — 1,0 внутривенно капельно в составе одной из инфузионных сред при сопутствующей легочной патологии,

м) инсулин, лазикс (по показаниям),

н) критериями эффективности предоперационной подготовки являются нормализация АД и стабилизация центрального венозного давления на уровне 50—70 мм вод. ст., уменьшение одышки и тахикардии, отсутствие цианоза, увеличение диуреза, нормализация гематокрита и кислотно-щелочного равновесия.

При отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству больным с острым холециститом проводятся следующие мероприятия:

- а) лечение проводится в общехирургическом отделении или в палате интенсивного наблюдения,
- б) в течение первых суток лечения назначается голод (при отсутствии признаков пареза кишечника можно пить), во вторые — третьи сутки назначается стол 5а (жидкая часть), в последующем — стол 5а.
- в) инфузионная терапия в течение первых суток в объеме 1000,0 — 1500,0 мл (реополиглюкин, гемодез, желатинол, 10% раствор глюкозы, глюкозо-новокаиновая смесь).
- г) паранефральная блокада при поступлении и в дальнейшем повторно через день при наличии реактивного острого панкреатита или пареза кишечника,
- д) антибактериальная терапия назначается в день поступления больным с острым холециститом пожилого и старческого возраста с высоким операционным риском,
- е) спазмолитические препараты в течение 5 суток от начала заболевания (больным пожилого возраста препараты атропинового ряда применять с осторожностью),
- ж) обезболивающие и седативные средства (анальгин, пипольфен, седуксен),
- з) симптоматическая терапия в зависимости от выявленных сопутствующих расстройств.

При показаниях к срочному оперативному вмешательству назначаются:

- а) режим постельный,
- б) стол 5а (жидкая часть), при отсутствии явлений пареза желудочно-кишечного тракта,
- г) накануне операции — голод, очистительная клизма, при наличии выраженных системных расстройств за 1—2 суток до операции проводится предоперационная подготовка в условиях отде-

ния интенсивной терапии (см. пункты «д»—«н» в разделе, относящемся к экстренным операциям).

При отсроченных и плановых оперативных вмешательствах проводятся общая предоперационная подготовка и мероприятия, направленные на коррекцию выявленных в результате обследования сопутствующих расстройств.

Холецистэктомия выполняется под местной анестезией через небольшой разрез брюшной стенки над пальпируемым желчным пузырем без пересечения прямой мышцы живота. Пунктируется, а затем рассекается стенка пузыря, из него извлекаются конкременты. Для наложения стомы используется катетер Петцара, укрепляемый двумя кисетными швами. Стенка пузыря подшивается к париетальной брюшине.

Холецистэктомия выполняется из разреза в правом подреберье после выделения пузырного протока и артерии. Желчный пузырь выделяется с сохранением серозного покрова печеночного ложа, ушиваемого отдельными кетгутовыми швами (рис. 1). При технических трудностях пузырь может выделяться от дна (рис. 2). Операция заканчивается дренированием брюшной полости по Спасокукоцкому. Тампонирующее ложе пузыря применяется в редких случаях при трудно контролируемом кровотоке.

В протоколе операции отражаются следующие основные моменты: доступ, ревизия (характер (морфологических изменений в желчном пузыре, наличие и характер выпота в брюшной полости, диаметр общего желчного протока и выраженность воспалительных изменений в нем, наличие и характер изменений со стороны поджелудочной железы, диаметр двенадцатиперстной кишки и наличие признаков нарушения ее проходимости в области связки Трейтца и корня брыжейки кишки, результаты операционной холангиографии), операционный диагноз и ход операции.

Литература

1. Агафонов А.А., Кузнецов В.А., Чузнов А.Н. и др. Обоснование выбора метода дренирования желчных путей при механической желтухе // Хирургия. — 1999. - №5. - С. 82-86.
2. Андрищенко В.П. Обтурационная желтуха: принципы диагностики и лечения // Тезисы докл. Первого съезда хирургов Украины. - Львов, 1994. - С. 42.
3. Арясов ВВ. Применение озонотерапии в комплексном лечении облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей в стадии хронической критической ишемии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Воронеж. гос. мед. ин-т. - Воронеж, 1996. - 22 с.
4. Бабик А.П. Лечебно-диагностическая тактика при механической желтухе неопухлого происхождения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Донецк. гос. мед. ак. - Донецк, 2001. - 20 с.
5. Барабой В.А., Орел В.Э., Карнаух П.М. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. - Киев: Наукова думка, 1991. - 256 с.

Методичні рекомендації до проведення операційних втручань при гострому холециститі

Ю.В. Артемов

Операційні втручання при гострому холециститі можуть бути впровадженими у екстреному, плановому та відкладеному чині. У статті надані рекомендації по обстежуванню, предопераційному веденню хворих, вибору операційного втручання.

Ключові слова: гострий холецистит, холецистектомія, жовчний міхур.

The tutorial on the performing the operations in case of acute cholecystitis

Yu. V. Artemov

The operations in case of cholecystitis can be emergent, planned, or even be delayed. In the article the recommendations have been given how to investigate patients in the early operative period and the way of choosing the operation technique is also described.

Key words: acute cholecystitis, cholecystectomy, gall bladder.