

Пункции и закрытое дренирование являлись основным методом лечения у 102 больных. Они оказались эффективными у 93 пациентов. Средняя продолжительность такой терапии — 49,3 дня. Летальность — 8,8 %. Основными причинами смерти были сепсис и септические осложнения, как результат длительного консервативного лечения.

Опыт показал, что плевральные пункции и закрытое дренирование эффективны только при плевральной форме заболевания, своевременно начатом и достаточно интенсивном лечении. При позднем поступлении больных в стационар дренирование использовали для предоперационной подготовки.

Дальнейшая тактика зависела от формы заболевания. Больным с плевральной формой после адекватного дренирования и интенсивной санации полости эмпиемы плевры производили раннюю плеврэктомию и декорткацию легкого. Оперативное вмешательство считали показанным при неэффективности консервативного лечения в течение 1 — 2 недель, стабилизации эмпиемной полости, появлении фиброзных шварт, ригидном легком, многокамерном фибриозном плеврите, бронхиальных свищах. Выполнение операции в ранние сроки уменьшало ее травматичность и способствовало более быстрому и полному расправлению легкого.

Декорткация легкого выполнена 67 (29,9 %) больным. Выздоровели 90,3 % больных, летальность составила 1,6 %. Резекция легкого произведена 55 (24,6 %) больным. Выздоровели 39 (70,9 %) больных, умерли 4 (7,3 %) от рецидива эмпиемы в остаточной полости после резекции.

Изучение видового состава микрофлоры показало, что преобладающим остается стафилококк (41,2 %), однако частота обнаружения грам-отрицательных бактерий возросла: синегнойной палочки до 26,5 %, кишечной — до 14 %.

Выявленные при исследовании иммунологической реактивности дисфункция фагоцитарной системы, активация аутоиммунной реакции, стойкая микробная сенсibilизация, резкое угнетение Т-системы и нарушение регуляции В-системы иммунитета, подтвердили важность проведения не только санационной, дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии, но и иммунокорректирующей терапии.

Наиболее частыми осложнениями после оперативных вмешательств являлись нагноение раны (13,1 %), остаточная полость (4,1 %), рецидив эмпиемы (7 %).

Для предупреждения нагноений ран хорошо зарекомендовал себя комплексный метод, включающий обработку раны растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин), ультрафиолетовое облучение и дренирование перфорированным дренажем, выведенным через отдельные проколы.

Более высокий процент летальных исходов и послеоперационных осложнений заставил нас сдержаннее относиться к обширным резекциям легкого при абсцессах, осложненных эмпиемой плевры.

Таким образом, выбор метода лечения и объема оперативного вмешательства во многом зависят от формы заболевания. При плевральной форме лучшие результаты дает активная хирургическая тактика, включающая адекватное дренирование, интенсивную санацию полости эмпиемы, раннюю плеврэктомию и лечение иммунологическими препаратами.

Б.С. Данзанов, А.Н. Плеханов, И.А. Ольховский, Л.В. Борбоев

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО И ТРАДИЦИОННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (г. Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Улан-Удэ)**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных острым холециститом (ОХ) и его осложненными формами путем выбора наиболее рационального малоинвазивного хирургического метода.

В настоящее время выполняется холецистэктомия, используя традиционный широкий лапаротомный доступ (ТХЭ), видеолaparоскопический (ВЛХЭ), открытый лапароскопический по М.И. Прудкову (ОЛХЭ), и через минилапаротомный доступы (МХЭ). Выполнение ВЛХЭ в условиях напряженного карбоксиперитонеума противопоказано для довольно большой группы больных. Кроме того, сдерживает широкое распространение ВЛХЭ и ОЛХЭ трудности выполнения вмешательств на желчных протоках при осложненных формах острого калькулезного холецистита.

Поэтому с целью улучшения результатов лечения (снижение травматичности хирургического вмешательства, предупреждения повреждения внепеченочных желчных протоков и сосудов, гнойно-воспалительных осложнений) нами разработан способ экстренной холецистэктомии через срединный мини-доступ (патент РФ № 2246907).

Сущность способа заключается в том, что разрез выполняют в эпигастральной области по срединной линии ниже мечевидного отростка длиной 5 – 6 см. Брюшину вскрывают справа от круглой связки печени и берут на швы-держалки вместе с апоневрозом, в рану вводят детский ранорасширитель с удлиняющими насадками. Глубину операционной раны уменьшали за счет валика высотой до 15 см в поясничной области, соответственно разреза.

Затем для приближения угла операционного действия к прямому углу за правую долю печени вводили пелот, тем самым, приближая к операционной ране желчный пузырь с гепатодуоденальной связкой, при этом «вывихивая» желчный пузырь дном в рану. После пункционной декомпрессии желчного пузыря его мобилизуют до кармана Гартмана, на этом уровне пересекают желчный пузырь между двумя зажимами и удаляют. После улучшения обзора в области гепатодуоденальной связки из инфильтрата выделяют и обрабатывают пузырный проток и пузырную артерию. Затем удаляют остаток желчного пузыря и подводят дренажную трубку к винслову отверстию. Этот способ хорош в экстренной хирургии тем, что при необходимости рана расширяется до нужных размеров, не доводя до конверсии, и для выполнения симультанных операций разрез переводят в верхнесрединный.

МЕТОДЫ

Нами проанализированы 3 группы больных в зависимости от способа холецистэктомии: ЛХЭ, МХЭ, ТХЭ (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с осложненными формами холецистита по группам в зависимости от способа холецистэктомии

Формы холецистита	Группа 1 (ЛХЭ)		Группа 2 (МХЭ)		Группа 3 (ТХЭ)	
	к-во	%	к-во	%	к-во	%
Катаральный	85	44,3	56	48,7	97	44,3
Водянка желчного пузыря	28	14,9	3	2,6	8	3,7
Флегмонозный	44	22,9	34	30,4	58	26,5
Эмпиема	27	14,0	10	8,7	19	8,7
Хроническая эмпиема	3	1,6	1	0,9	3	1,4
Гангренозный	5	2,6	11	9,6	34	15,5
в том числе гангренозно- перфоративный	–	–	–	–	7	–
Гангренозно-перфоративный с перивезикальным абсцессом	–	–	–	–	3	–
Всего:	192	100	115	100	219	100
В том числе мужчин	22	11,5	27	23,5	49	17,0
женщин	170	88,5	87	76,5	170	77,6

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении ЛХЭ отмечены технические трудности: у 74 (38,5 %) больных в виде плотных воспалительно-инфильтративных изменений стенки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. В этих случаях у 37 (14,9 %) пациентов холецистэктомия проведена после вскрытия желчного пузыря и удаления конкрементов, у 23 (12 %) – после полного пересечения желчного пузыря в области перешейка желчного пузыря, 14 (7,3 %) больных холецистэктомия была проведена по типу операции Прибрама.

Частота осложнений составила 4,16 %: повреждение гепатикохоледохы у трех (1,56 %), кровотечение – у 2 (1,04 %), желчеистечение – у 3 (1,6 %), нагноение околопупочной раны – у 2 (1,04 %) больных, послеоперационные грыжи у 2 (1,04 %). У этих больных длительность оперативного вмешательства была от 2 до 4 часов.

Минилапаротомный доступ нам позволил оперировать больных осложненными формами со стороны холедохы. Применение данной методики операции у этих больных позволило осуществить интраоперационную ревизию и санацию гепатикохоледохы с применением всех методов и приемов, применяемых при традиционном оперировании, включая пальпацию. Холецистэктомия, выполненная по данной методике с применением мини- доступа, была завершена с наложением холедоходуоденоанастомоза у 9 (7,8 %) больных, цистикодуоденоанастомоза – у 3 (2,6 %), дренирование холедохы по Холстеду – Пиковскому у 11 (9,6 %).

ВЫВОДЫ

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия применялась у больных с острым холециститом без патологии со стороны общего желчного протока. Минихолецистэктомия, выполненная по нашему способу у этого контингента больных, не только эффективно устраняет основную патологию, но и его осложнения. Эти малоинвазивные операции при правильном отборе больных, позволяют расширить показания к оперативному лечению за счет уменьшения операционного риска вследствие малой травматичности вмешательств и улучшить непосредственные результаты.