

да ввиду относительно небольшого количества негативных последствий представляется нам достаточно перспективным. Данный способ технически прост, не требует дополнительных затрат, не вызывает выраженной ишемии передней брюшной стенки, обеспечивает достаточную герметичность брюшной полости, упрощает доступ при программированной релапаротомии и служит довольно надежной профилактикой эвентрации. Способ может широко применяться в urgentной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостищев В.К., Стручков Ю.В. и др. // Вестн. хир. – 1982. – №4. – С. 132–136.
2. Грященко О.В., Кутуков В.Е. и др. // Актуальные вопросы хирургии. – Астрахань, 1998. – С. 135–136.
3. Костин А.Е. // Хирургия. – 2001. – №2. – С. 21–22.

4. Сажин В.П., Турков В.И., Авдошенко А.Л. // Вестн. хир. – 1990. – №2. – С. 109–142.

5. Хрупкин В.И. // Вестн. хир. – 1998. – № 6. – С. 73–76.

6. Шошас И.И. // Хирургия. – 1986. – №4. – С. 51–54.

Поступила 07.10.03.

SUTURING OF THE ABDOMINAL WALL IN PROGRAMMED RELAPAROTOMY AND TREATMENT OF EVENTRATION IN PURULENT PERITONITIS

Yu.V. Kuchin, V.E. Kutukov, R.D. Mustafin, O.V. Gryashchenko

Summary

The experience of the suturing method of laparotomic wound using metal wires in programmed relaparotomy and eventration in 69 patients with general peritonitis is analyzed. The method is simple, reliable and has significant advantages comparing with the other well-known methods and can be recommended for wide use in urgent abdominal surgery.

УДК616.366 – 002.1 – 089.87

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

И.С. Малков, А.У. Зиганишин, З.И. Чагаева, Б.А. Зиганишин, Л.А. Рябев

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. – доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

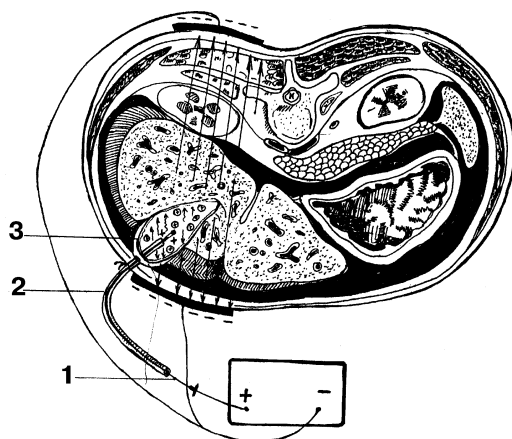
Вопросы выбора тактики, объема оперативных вмешательств, оптимальных вариантов выполнения холецистэктомии, профилактики интра- и послеоперационных осложнений изучены достаточно полно. Однако проблема лечения осложненных форм заболевания, когда острый воспалительный процесс со стенки желчного пузыря переходит на окружающие ткани, формируя плотный инфильтрат, до настоящего времени не нашла своего окончательного решения. В связи с этим целью настоящего исследования являлась разработка нового метода лечения, позволяющего эффективно воздействовать на инфильтративные изменения в стенке желчного пузыря и соответственно расширить показания к выполнению лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном холецистите.

Проанализированы результаты хирургического лечения 425 больных (316 женщин и 109 мужчин) острым обтурационным холециститом. Возраст пациентов колебался от 19 до 84 лет (в среднем $64,8 \pm 5,2$ года). Все больные по характеру оперативных вмешательств были разделены на три группы. 1-ю группу составили 242 (56,9%) пациента, которым была

произведена традиционная (открытая) холецистэктомия. Основным показанием к ее выполнению служил некупирующийся приступ острого холецистита, несмотря на проводимую в течение 24–36 часов консервативную терапию. Во 2-ю группу вошли 108 (25,4%) пациентов, которым при отсутствии положительного эффекта от проводимого в течение 12–24 часов консервативного лечения была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Решающее значение в успешном выполнении последней имела степень инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря. Так, наличие плотного инфильтрата в области шейки органа создавало значительные технические трудности при манипуляциях, являясь причиной ятрогенных повреждений гепатикохоледоха, интенсивного внутрибрюшного кровотечения. Риск подобных осложнений особенно возрастал при ЛХЭ. Поэтому длительность заболевания более 48 часов считалась одним из противопоказаний к выполнению данного вида операции. 3-ю группу составили 75 (17,6%) пациентов, у которых ЛХЭ производили на втором этапе лечения. Показаниями к двухэтапному лечению острого обтура-

ционного холецистита являлись диагностированное с помощью УЗИ утолщение стенки желчного пузыря более 5,0 мм, наличие ее расслоения и скопления жидкости в околопузырном пространстве. Таким больным на первом этапе выполняли декомпрессионную холецистостомию. Характерно, что 57 (76%) больных данной группы были пожилого и старческого возраста.

Как известно, под влиянием электрического поля, возникающего между электродами, в клетках и тканях меняется ионная конъюнктура, повышается проницаемость клеточных мембран, активизируются окислительно-восстановительные процессы, усиливается действие ферментативных систем, что способствует глубокому проникновению лекарственного вещества. С целью повышения эффективности антибактериальной терапии на первом этапе лечения больных нами была разработана методика внутритканевого электрофореза через холецистостому с использованием специального внутриволостного электрода. В схематическом отображении данный способ представлен на рисунке.



Проведение внутритканевого электрофореза антибиотика через холецистостому: 1 – внутриволостной электрод, 2 – дренажная трубка, 3 – желчный пузырь.

Решающее влияние на транспорт антибиотика в стенку желчного пузыря при электрофорезе оказывает кроволимфообращение, состояние которого определяется степенью деструктивных изменений в органе. Для повышения эффективности метода за 30 минут до проведения электрофореза на область желчного пузыря воздействовали переменным магнитным полем (ПМП), обладающим стимулирующим влиянием на кровообращение, источником которого являлся аппарат “АлМАГ-01”.

Концентрацию цефотаксима в стенке желчного пузыря в зависимости от способа его введения определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Хроматографическая установка состояла из инжектора SPD-10A, спаренного со спектрофотометром LD-10AC и самописцем RPD-10R (производство фирмы “Shimadzu”, Япония) с использованием колонки Spherisorb (“Nichrom”, Великобритания).

При выполнении холецистэктомии технические трудности возникли у 98 (40,7%) из 242 больных 1-й группы. Основной их причиной являлись выраженные инфильтративные изменения в шейке желчного пузыря и гепатодуоденальной связке. У всех больных длительность заболевания превышала 3 суток. При этом гистологические исследования операционного материала показали, что у 79 (80,6%) больных морфологические изменения в стенке желчного пузыря соответствовали флегмонозному холециститу, у 19 (19,4%) – гангренозному. Из них у 26 (32,9%) больных деструктивный процесс осложнился перфорацией стенки желчного пузыря с развитием в 26 случаях местного и в одном – разлитого желчного перитонита. Невозможность дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки явилась причиной ятрогенного повреждения общего желчного протока у одного (0,4%) больного. У 10 (4,1%) пациентов ввиду значительных инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря была выполнена его резекция (операция Прибрама). В 26 (26,5%) из 98 случаев операция закончилась тампонированием ложа желчного пузыря, показаниями к которому служили вскрытие околопузырного абсцесса, неполное удаление желчного пузыря, неуверенность в состоятельности гемо- и холестаза.

У 108 больных 2-й группы показаниями к ЛХЭ были ранние сроки заболевания (первые 48 часов), отсутствие тяжелой сопутствующей патологии и гипертензии в желчевыводящих путях. Все оперативные вмешательства проходили в условиях умеренно выраженной инфильтрации стенки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, что позволяло провести холецистэктомию без каких-либо осложнений. У 77 (71,3%) больных морфологические изменения в стенке желчного пузыря соответствовали острому флегмонозному холециститу, у 12 (11,1%) – катаральному и у 19 (17,6%) – гангренозному. Хирургическое лечение острых перфоративных холециститов

производилось только открытым способом ввиду предполагаемых технических трудностей при выполнении холецистэктомии.

В 3-й группе холецистостомию выполняли под лапароскопическим контролем у 16 (21,3%) больных, под контролем УЗИ – у 59 (78,7%). С целью сравнительной оценки эффективности воздействия на околопузырный инфильтрат различных методов антибактериальной терапии была выделена основная группа (42 пациента с декомпрессионной холецистостомой). Таким пациентам за одни сутки до холецистэктомии проводили сеанс внутритканевого электрофореза (1,0 цефотаксима). Группу сравнения составили 20 больных с декомпрессионной холецистостомой, которым за 30 минут до оперативного вмешательства в вену вводили аналогичный антибактериальный препарат. Для того чтобы исключить влияние на результаты исследования в основной группе больных остаточных концентраций антибиотика, которые могли находиться в полости желчного пузыря после внутритканевого электрофореза, предварительно производили демукозацию стенки удаленного органа.

Проведенное исследование показало, что у больных основной группы концентрация антибиотика в стенке желчного пузыря составляла $1,37 \pm 0,05$ мг/мл, тогда как в группе сравнения – $0,66 \pm 0,1$ ($p < 0,01$). Таким образом, при наличии признаков околопузырного инфильтрата более эффективный транспорт антибактериального препарата к очагу патологического происходил путем внутритканевого электрофореза.

В сочетании с ПМП внутритканевой электрофорез использовался для лечения околопузырного инфильтрата на 3-и сутки после холецистэктомии. Эффективность проводимого лечения, состоящего из 5–7 сеансов, контролировали с помощью клинико-лабораторных показателей и данных УЗИ. Каких-либо осложнений, связанных с использованием метода, и летальных исходов в данной подгруппе не было. Положительный лечебный эффект в виде значительного уменьшения частоты инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря (на $2,4 \pm 0,5$ мм) наблюдался у 19 (45,2%) больных. После фистулохолецистохолангиографии и контрольного УЗИ желчного пузыря им была выполнена ЛХЭ без выписки из стационара. Операции проходили без технических трудностей в условиях умеренно выраженных инфильтративных изменений и спаячного процесса в подпеченочном пространстве.

Остальным 23 больным ввиду сохранявшегося утолщения стенки желчного пузыря более 5,0 мм была рекомендована выписка из стационара с последующим проведением (через 2–3 нед) плановой холецистэктомии. При повторном поступлении больных в стационар с функционирующей холецистостомой вновь проводили эхолокационный контроль состояния стенки желчного пузыря. У 14 (60,9%) пациентов ее утолщение составило $2,4 \pm 0,5$ мм. Им также была произведена ЛХЭ. У 9 больных на контрольном УЗИ утолщение стенки желчного пузыря превышало 4,0 мм, что потребовало повторного курса внутритканевого электрофореза антибиотика в сочетании с ПМП. Несмотря на это, существенного изменения данного показателя нам удалось добиться только у 2 больных. Попытка же выполнить ЛХЭ была предпринята у всех больных.

При отсутствии эффекта от внутритканевого электрофореза (у 7) отмечались значительные технические трудности при выделении шейки желчного пузыря ввиду наличия в ней крупных конкрементов и инфильтративных изменений. Это послужило показанием к переходу на лапаротомию у 3 больных, что составило 7,1% от всех больных, в лечении которых использовали внутритканевой электрофорез антибиотика в сочетании с магнитотерапией. Эффективность данного метода в лечении околопузырного инфильтрата составила 83,3%. Крупные конкременты, локализованные в шейке желчного пузыря, не позволили нам существенно уменьшить степень инфильтративных изменений, несмотря на проводимое лечение. Такая особенность, на наш взгляд, обусловлена постоянным давлением крупными конкрементами на слизисто-подслизистый слой желчного пузыря, что значительно нарушает внутривенный кровоток и процесс проникновения антибиотика в ткани. Поэтому, если при остром обтурационном холецистите выявляется крупный шейный конкремент, целесообразно производить холецистэктомию открытым способом либо на первом, либо на втором этапе лечения.

У 33 больных с декомпрессионной холецистостомой внутритканевой электрофорез антибиотика не проводился по следующим причинам: тяжелые сопутствующие заболевания (у 20), аллергия на антибиотик (у 7), прочие (у 6). Опираясь на так называемое холодное период, мы в 10 (30,3%) случаях обнаружили плотный перивезикальный инфильтрат даже через 3–4 недели после

того, как острые явления желчнокаменной болезни были купированы. Выполнение ЛХЭ при этом происходило с большими техническими трудностями, и у 7 (21,2%) больных вынужденно закончилось открытыми оперативными вмешательствами. Во всех случаях обнаруживались деструктивные изменения в стенке желчного пузыря. Выделение его из инфильтрата у 3 больных сопровождалось перфорацией стенки с выходом конкрементов в брюшную полость. В 2 случаях произошло вскрытие околопузырного абсцесса. Наличие таких местных изменений было связано, на наш взгляд, с особенностями процесса пролиферации, который проходил стадию плотного инфильтрата, ограничивающего желчный пузырь практически со всех сторон. Отрицательное влияние на рассасывание инфильтрата оказывали и конкременты желчного пузыря, являющиеся источником воспаления. Таким образом, при выполнении ЛХЭ на втором этапе лечения вынужденный переход на лапаротомию был осуществлен у 10 (13,3%) из 75 больных.

Сравнительный анализ эффективности различных методов хирургического лечения больных острым обтурационным холециститом в послеоперационном периоде проводился по следующим критериям: частота послеоперационных осложнений, длительность нахождения больного в стационаре, частота развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), летальность. Полученные данные представлены в таблице.

Проведенный анализ показал, что в 1-й группе местные гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 31 (12,8%) больного, среди них нагноения операционных ран – у 28 (11,6%), внутрибрюшные инфильтраты и абсцессы – у 2 (0,8%), разлитой желчный перитонит – у одного (0,4%). В одном случае наблюдалось ятрогенное повреждение общего желчного протока. Средний койко-день составил 15,2±4,5.

Развитие раннего ПХЭС (период нахождения больного в стационаре) мы наблюдали в 23 (9,5%) случаях. Его причиной у 12 больных являлись стриктуры терминального отдела общего желчного протока различной степени и протяженности, у 8 – резидуальные конкременты гепатикохоледа, у 3 – острый панкреатит. Достоверно проследить частоту возникновения позднего ПХЭС (после выписки больного из стационара) у всех прооперированных не представлялось возможным.

В послеоперационном периоде умерли 8 больных, из них у 6 операция проходила с техническими трудностями. Послеопе-

Оценка эффективности лечения острого обтурационного холецистита

Виды хирургических вмешательств	Критерии оценки течения послеоперационного периода			
	п/операц. осложнения	койко-день	ПХЭС	летальность
Традиционная холецистэктомия (n=242)	52* (21,5%)	15,2±4,5*	23* (9,5%)	8* (3,3%)
Лапароскопическая холецистэктомия (n=108)	5 (4,6%)	8,4±1,2	—	—
Двухэтапный метод лечения:				
холецистостомия (n=75)	3 (4%)	9,6±1,2	—	—
ЛХЭ (n=65)	6 (9,2%)	10,8±2,5	2 (3,1%)	—

* p < 0,05.

рационная летальность составила 3,3%. Основными причинами летальных исходов послужили острая сердечно-сосудистая недостаточность (у 5) и по одному случаю острый инфаркт миокарда, полиорганная недостаточность, тромбоэмболии легочной артерии.

Анализ местных послеоперационных осложнений во 2-й группе больных показал, что в 3 (2,8%) случаях имелись гнойно-воспалительные изменения в месте нахождения троакара (околопупочная область), откуда извлекался желчный пузырь методом насильственного расширения операционной раны. Средний койко-день составил 7,8±1,2. Проявлений раннего ПХЭС и летальных исходов мы не наблюдали. Такое благоприятное течение послеоперационного периода во многом было обусловлено регламентированными показаниями к ЛХЭ.

У 3 (4%) из 75 больных, которым накладывали холецистостому, отмечалось умеренное желчеистечение в брюшную полость вследствие нарушения герметичности пункционного отверстия, что потребовало выполнения санационной лапароскопии. Успешно закончить ЛХЭ на втором этапе лечения острого обтурационного холецистита удалось у 65 больных. Местные осложнения в виде гнойно-воспалительного процесса в области послеоперационных ран (проколов передней брюшной стенки) наблюдались у 4 (6,2%) больных, из них у 2 пациентов обнаружен инфильтрат в месте извлечения желчного пузыря с последующим абсцедированием. У 2 больных произошло образование под-

кожного абсцесса передней брюшной стенки в месте нахождения холецистостомы. Средний койко-день на первом этапе составил $7,6 \pm 1,2$, на втором – $12,8 \pm 2,5$. Случаев послеоперационной летальности не наблюдалось.

Лучшие результаты хирургического лечения острого обтурационного холецистита были достигнуты с помощью ранней ЛХЭ. Это, однако, не означает, что нами была найдена альтернатива традиционной холецистэктомии. Последняя продолжает оставаться основным методом радикального лечения острого обтурационного холецистита в клинике. В чем же тогда состоит эволюция хирургической тактики? Во-первых, при неэффективности проводимой консервативной терапии в течение 12–24 часов больным следует оперировать независимо от сроков заболевания. Объем оперативного вмешательства должен определяться степенью операционного риска и выраженности инфильтративных изменений в стенке желчного пузыря. ЛХЭ следует выполнять при наличии таких благоприятных условий, как ранние сроки заболевания (первые 48 часов от начала приступа острого холецистита), отсутствие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, утолщение стенки желчного пузыря, по данным УЗИ, менее 5 мм, отсутствие расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков. Во-вторых, использование двухэтапного метода лечения острого обтурационного холецистита показало его очевидные преимущества перед экстренной и срочной холецистэктомиями, выполняемыми при околопузырных инфильтратах. Неизбежные издержки, связанные с увеличением количества койко-дней и частотой повторных госпитализаций больных с функциони-

рующей холецистостомой, компенсируются полноценным предоперационным их обследованием, проведением медикаментозной коррекции сопутствующей патологии и успешным выполнением в большинстве случаев ЛХЭ на заключительном этапе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. – М., 1987.
2. Ермолов А.С. и др. I Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 1996. – С. 50-51.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М., 1990.
4. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. – Казань, 1984.
5. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные опасности и осложнения. – М., 1990.

Поступила 11.03.04.

CHOICE OF THE TREATMENT METHOD OF PATIENTS WITH ACUTE OBTURATIONAL CHOLECYSTITIS

I.S. Malkov, A.U. Ziganshin, Z.I. Chagaeva,
B.A. Ziganshin, L.A. Ryabets

S u m m a r y

The comparative analysis of surgical treatment of acute obturational cholecystitis is performed in 425 patients. The advantage of laparoscopic cholecystectomy carried out at early terms of the disease is shown. The two-stage treatment method including decompression cholecystostomy and following laparoscopic cholecystectomy was used in the cases when the paracystic infiltrate was formed. The method of interstitial electrophoresis of antibiotic combined with magnetotherapy was developed to increase the efficiency of medicamental effect on the infiltrate gall bladder.

УДК 616. 65 – 003. 4 – 089. 82

ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.С. Бощенко, А.В. Гудков, В.Р. Латыпов, Т.Б. Перова, Н.М. Просекина

Кафедра урологии (зав. – проф. А.В. Гудков), кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. – проф. В.Д. Завадовская) Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск

Лечению кист предстательной железы в отечественной литературе посвящены немногочисленные публикации [1, 3]. Невысокий интерес к проблеме лечения кист простаты связан, очевидно, с тем, что обычно кисты клинически не проявляются. По данным А.В. Кириллова [2], при трансректальном ультразвуковом исследовании у 3000 больных кисты предстатель-

ной железы были выявлены у 342 (11,4%). Врожденные простатические кисты обнаружены у 11% больных, приобретенные – у 89% (связанные с нодулярной гиперплазией – у 74%, ретенционные кисты – у 13%, кисты семявыбрасывающих протоков – у 2%). В большинстве случаев найденные изменения были случайной находкой, и лишь у 36 (1,2%) больных имела