

Выводы

1. Активизация хирургической тактики с широким использованием лапароскопических, эндоскопических и чресфистульных операций позволяют индивидуализировать хирургическое лечение больных острым холециститом, холангитом и механической желтухой, реально улучшить его результаты.

2. Перспективным представляется дальнейшее совершенствование хирургической тактики с учетом возможностей методики щадящего оперирования на глубоко расположенных отделах билиарного тракта.

УДК 616.381-072.1:616.366-002-089.5

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ И ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ОСЛАБЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ

А. И. НИКИФОРОВ, М. В. ЛАГУНОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ

Важнейшей проблемой хирургической гериатрии является лечение острого холецистита. Актуальность ее обусловлена ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью, которой страдает каждый шестой-восьмой человек в возрасте старше 60 лет. У большинства престарелых больных острый холецистит протекает на фоне сопутствующих заболеваний. В настоящее время пациенты старше 60 лет составляют 50% и более от числа поступивших больных острым холециститом [38].

Консервативная терапия у этого контингента больных не всегда эффективна, а оперативное лечение чревато осложнениями и высокой послеоперационной летальностью. Снижение послеоперационной летальности — главная задача в лечении острого холецистита у пожилых и старых больных.

Основные вопросы хирургической тактики — сроки, анестезиологическое пособие, объем оперативного вмешательства — разными хирургическими коллективами решаются по-своему. Большинство придерживается активной хирургической тактики у ослабленных больных острым холециститом. Дискутабельным остается выбор объема оперативного вмешательства, применение тактики двухэтапного лечения.

В этапном хирургическом лечении холецистита все шире используются лапароскопические способы декомпрессии желчного

пузыря [33].

В клинику хирургических болезней № 2 СГМИ ежегодно госпитализируются до 500 пациентов с острым холециститом, из них более половины — в возрасте более 60 лет.

Ниже приводится анализ лечения 256 больных острым холециститом старше 60 лет, которым в лечебных целях выполнено лапароскопическое дренирование желчного пузыря. Из них 124-м выполнено лапароскопическое чреспеченочное дренирование желчного пузыря, а 132-м наложена лапароскопическая холецистостома.

Почти половина (48,4%) больных были в возрасте старше 75 лет, а каждый пятый — старше 80 лет, 93,4% страдали тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а у 79% имелись осложнения острого холецистита к моменту операции.

Необходимость лапароскопической декомпрессии желчного пузыря была обусловлена тяжелым состоянием больных, складывающимся из запущенности патологического процесса в желчных путях, тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Объективные признаки острого холецистита у большинства больных были достаточно отчетливыми, несмотря на выраженную сопутствующую патологию. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования показали наличие тяжелых функциональных и морфологических расстройств в органах и системах престарелых больных острым холециститом. Диспротеинемия и гипопротейнемия выявлены в 47,6% случаев, гипербилирубинемия — у половины поступивших. Мочевинообразовательная функция печени страдала у каждого пятого пациента.

Всем больным после поступления проводилась консервативная терапия. Отсутствие лечебного эффекта и прогрессирование патологического процесса служило показанием к операции.

При лапароскопической катетеризации пункцию желчного пузыря выполняли иглой-троакаром наружным диаметром 3,7 мм через печень, отступя 2 см от свободного края. После извлечения стилета и эвакуации желчи из пузыря по троакару, через просвет последнего в желчный пузырь вводили дренажную трубку диаметром 2 мм. Троакар извлекали, а дренаж фиксировали к передней брюшной стенке шелковой лигатурой.

Лапароскопическую холецистостомию выполняли по методике И. Д. Прудкова [29]. После прямой лапароскопической пункции желчного пузыря толстой иглой и отсасывания желчи, стенку желчного пузыря захватывали зажимом или специально разработанным устройством и выводили в прокол передней брюшной стенки. Затем в ране вскрывали просвет желчного пузыря и по возможности удаляли конкременты. Операцию заканчивали фиксацией желчного пузыря к апоневрозу или к брюшине.

Об эффективности лечения острого холецистита лапароскопи-

ческим дренированием желчного пузыря разными способами свидетельствуют следующие данные: в послеоперационном периоде нормализовались показатели числа лейкоцитов периферической крови в 96% случаев, билирубина крови в 85% наблюдений, амилазы крови — 91%. Более быстрая нормализация указанных показателей у пациентов с лапароскопической холецистомией, по нашему мнению, связана с лучшим дренированием желчных путей.

Исследования микрофлоры желчи показали, что в большинстве случаев она представлена кишечной палочкой. Патогенная микрофлора желчи чаще была чувствительной к гентамицину, мономицину, тетрациклину.

Всем больным проводилась чрездренажная прямая рентгенография желчных путей, эффективность которой в части случаев контролировали последующей чрезсфистульной фиброэндоскопией биллиарного тракта или операцией. Рентгенологическое исследование проводили с учетом диаметра изучаемого отдела биллиарного тракта. При исследовании протоков диаметром менее 5 мм использовали 30% раствор верографина или урографина, при диаметре от 5 до 10 мм — 15% раствор, от 10 до 15 мм — 7,5%, при большем диаметре протоков и для исследования желчного пузыря — 7,5—3,75%. Указанная схема основана на результатах эксперимента по выявлению камней, проведенного на специально изготовленном фантоме. Ее использование позволило снизить частоту ошибок диагностики камней в желчном пузыре с 46 до 21,4%, холедоха — до 4,1%.

В послеоперационном периоде у 31 больного в первые 3—5 суток наблюдались осложнения лапароскопического дренирования, в т. ч. у 17 (13,6%) — после катетеризации и у 14 (10,6%) — после холецистостомии. Следует отметить, что после катетеризации преобладали внутрибрюшные осложнения (желче- и кровотечение), а после холецистостомии — гнойные осложнения в ране.

Радикальное оперативное лечение вторым этапом выполнено 48 (38,7%) больным. Из них в 39,6% случаев оно включало вмешательство на гепатикохоledохе.

После радикальной операции у 26 чел. (54%) развились осложнения, из них в одном случае — со смертельным исходом. Послеоперационная летальность составила 2,1%. Опыт радикальных операций после различных способов лапароскопического дренирования желчного пузыря убедил нас в том, что выполнение этого этапа после различных способов лапароскопического дренирования также имеет свои особенности. После лапароскопической катетеризации холецистэктомия технически проще и сопровождается меньшим риском инфицирования тканей. В то же время чрезсфистульное удаление камней из биллиарного тракта после этой операции практически невыполнимо. Лапароскопическая холецистостомия

создает оптимальные условия для чресфистульного удаления камней из желчного пузыря, но затрудняет проведение радикальной операции вторым этапом.

Существенным недостатком лапароскопической катетеризации оставалась все же недостаточная герметичность катетера в ране печени и желчного пузыря. С целью изучения путей предотвращения подтекания содержимого желчного пузыря в брюшную полость было проведено 44 эксперимента на собаках. В результате было установлено, что троакарный способ введения катетера недостаточно надежен. При повышении внутрипузырного давления уже до 35 мм рт. ст. происходит подтекание жидкости мимо катетера. При введении катетера, насаженного на стилет без троакара (стилетьная катетеризация), подтекания желчи не наблюдалось даже при давлении 320 мм рт. ст. При этом появилась возможность при тех же размерах прокола использовать более широкий катетер для эффективного дренирования. При применении стилетной лапароскопической катетеризации желчного пузыря осложнений не было.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности разделения показаний к способам лапароскопического дренирования желчного пузыря при остром холецистите. Лапароскопическая катетеризация представляется наиболее оправданной при этапном радикальном хирургическом лечении. Лапароскопическая холецистостомия целесообразнее при паллиативном лечении. Эта операция обеспечивает более эффективное дренирование и возможность последующей чресфистульной санации.

Выводы

1. Показания к лапароскопической катетеризации желчного пузыря и лапароскопической холецистостомии при остром холецистите должны быть различными.
2. Лапароскопическая катетеризация показана при этапном радикальном хирургическом лечении острого калькулезного холецистита и при бескаменном холецистите.
3. Лапароскопическая холецистостомия показана при паллиативном лечении острого калькулезного холецистита.

УДК 616.361-002-089.86

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ

Н. В. ЯЦЕНКО

Клиническая больница № 27, г. Свердловск

Хирургическое лечение больных гнойным холангитом продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем билиарной хирургии. Летальность при одномоментных радикальных вмеша-