

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Капшитарь А. В.

*Запорожский государственный медицинский университет,
КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья*

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острым холециститом, используя минилапаротомный доступ (МЛД). Холецистэктомия (ХЭ) выполнена у 132 больных. Из них у 9(6,8%) пациентов верхняя срединная лапаротомия осуществлена при разлитом перитоните, остром холецисто-панкреатите, осложненном механической желтухой, невправимой грыже белой линии живота. У остальных 123(93,2%) больных применён МЛД. Сопутствующие заболевания выявлены у 113(91,9%) пациентов. Ранее оперированы 22(17,9%) больных. Катаральная форма холецистита определена у 24(19,5%) пациентов, флегмонозная – у 62(50,4%), гангренозная – у 34(27%) и перфоративная – у 3(2,5%). Осложненное течение болезни установлено у 65(52,9%) больных. После ХЭ у 6(4,9%) пациентов холедох дренирован по Холстеду (холедохолитотомия – 2), у 1(0,8%) – выполнен гепатикодуоденоанастомоз, у 1(0,8%) – атипичная резекция S5 печени и у 1(0,8%) – устранен холецистодуоденальный свищ.

Конверсия потребовалась у 3(2,4%) больных. После операции осложнения развились у 2(1,6%) пациентов. Отсутствовала летальность.

Вследствие малой травматичности МЛД отмечено легкое и благоприятное течение послеоперационного периода. Исключены наркотические препараты у 95,9% больных, уменьшен объём инфузий, самостоятельно ходить разрешали с 6–8 часов, перистальтика кишечника восстановилась в 1-е сутки, отмечен низкий процент послеоперационных осложнений, отсутствие летальности, высокая косметичность.

Ключевые слова: острый холецистит, хирургическое лечение, минилапаротомный доступ.

Количество больных с острым холециститом постоянно растет и составляет в настоящее время более 20% от общего числа пациентов хирургических отделений абдоминального профиля [4, 7]. Основным методом лечения острого холецистита является холецистэктомия (ХЭ) [2, 4, 5, 7, 8]. Первая успешная ХЭ выполнена в Германии в 1882 году Карлом Лангенбухом, является наиболее отработанным, максимально безопасным вмешательством при всех формах желчнокаменной болезни [4, 6]. В процессе накопления клинического опыта было установлено, что ХЭ из лапаротомного доступа, а их более 20 вариантов, нередко превышает травму внутрибрюшного этапа [2, 10]. Лапаротомия длиной 15–20 см, имея преимущества в виде широкого обзора операционного поля и свободу для хирурга во время выполнения манипуляций, имеет и недостатки – значительное повреждение тканей, выраженный болевой синдром и выраженные нарушения функции внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде, большую продолжительность госпитализации, длительную социально-медицинскую реабилитацию больных [7, 10].

Одним из направлений в решении возникшей проблемы ряд ученых видели в уменьшении длины лапаротомного доступа, разработки которого начались с 70–80 годов XX столетия [1, 8, 11, 12].

Минилапаротомным считается разрез длиной 4,1–6 см, не повреждающий важных анатомических структур и сохраняющий «каркасность» передней брюшной стенки [6]. ХЭ из минилапаротомного доступа выполняют, как с помощью обычного набора хирургических инструментов [8, 10], так и с помощью комплекта инструментов «Мини-Ассистент» по М. И. Прудкову медицинской компании «Сан» г. Екатеринбург [6, 9, 11]. Из противопоказаний к минилапаротомному доступу выделяют гангренозную форму острого холецистита, перихолецистогенный абсцесс, холедохолитиаз, холангит, стриктуру сфинктера Одди, механическую желтуху, разлитой перитонит, сморщенный желчный пузырь, синдром Мириззи, выраженные рубцово-спаечные изменения в подпеченочном пространстве, заведомо выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости по клиническим и инструментальным данным, ожирение IV степени [6, 9]. Однако дискуссии по этому поводу не закончены.

Авторы отмечают небольшой процент конверсии, 1,5–12% [6, 8, 9]. Интра- и послеоперационные осложнения не превышают 2,4–12,5% [1, 6]. Летальность, по данным отдельных авторов, достигает 0,7–1,5% [1, 3, 11]. Все исследователи отмечают значительные преимущества ХЭ из минилапаротомного доступа [1, 3, 4, 6, 8–11].

Цели и задачи исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с острым холециститом путем использования минилапаротомного доступа.

Материалы и методы исследования

В базовом хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ за период с 2008 по 2010 годы ХЭ выполнена у 132 пациентов с острым холециститом. Из них у 9(6,8%) больных оперативным доступом избрана верхняя срединная лапаротомия. Показанием к ней у 4(44,5%) пациентов был разлитой перитонит «неясной этиологии», у 3(33,3%) – острый калькулёзный холецистит (сочетание с острым панкреатитом, механической желтухой – 2, невраправимой грыжей белой линии живота – 1), у 1 11,1% – острый калькулёзный холецистит? Прикрытая перфоративная язва двенадцатиперстной кишки? И у 1(11,1%) – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. На операции определены различные формы острого калькулёзного холецистита. Всем больным выполнена ХЭ. Дополнительно у 1 пациента осуществлено вскрытие перипузырного абсцесса, у 1 – дренирование холедоха по Холстеду и трубчатое дренирование сальниковой сумки, у 1 – селективная проксимальная ваготомия, у 1 – перемещение безоара из тонкой кишки в толстую, у 1 – грыжесечение с платикой по Сапезжко.

Минилапаротомный доступ выполнен у 123(93,2%) больных. Мужчин было 24(19,5%), женщин – 99(80,5%) в возрастном диапазоне от 22 до 84 лет. Старше 60 лет находились 63(51,2%) пациента. Выявлен высокий процент больных с сопутствующей патологией – 91,9% (111 пациентов). Превалировали от двух и более заболеваний – 101(89,4%) больных. Среди них ведущей патологией была ИБС у 59(52,2%) пациентов, гипертоническая болезнь – у 16(14,2%), ожирение II–IV степени – у 12(10,6%), генерализованный атеросклероз – у 11(9,7%), сахарный диабет – у 8(7,1%), хроническое обструктивное заболевание легких – у 5(4,4%) и цирроз печени – у 2(1,8%). Ранее, в сроки от 5 месяцев до 62 лет, оперированы 22(17,9%) больных, из которых гинекологические операции осуществлены у 12(54,6%) пациентов, аппендэктомия – у 5(22,7%), резекция желудка – у 2(9,1%), дренирование сальниковой сумки – у 2(9,1%) и пиелолитотомия – у 1(4,5%).

После госпитализации и клинического обследования больных оценены результаты лабораторно-биохимических исследований, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ. По показаниям выполнены ФГДС, обзорная и внутривенная урография, лапароскопия. Консультированы терапевтом, эндокринологом,

невропатологом, урологом и др.

Проведенная консервативная терапия выявилась не эффективной, поэтому в различные сроки установлены показания к неотложному минилапаротомному доступу. Из них до 6 часов после госпитализации оперированы 10(8,1%) пациентов, от 6 до 24 часов – 51(41,5%), в течение 1-х суток – 44(35,8%), 2-х суток – 11(8,9%), 3-х суток – 4(3,3%) и 4-х суток – 3(2,4%).

Методика правостороннего вертикального трансректального минилапаротомного доступа заключалась в следующем. Отступя 2–3 см вправо от белой линии живота и 1 см – от края правой реберной дуги, разрезом длиной 4–6 см рассекали продольно в дистальном направлении кожу и подкожно-жировую клетчатку, вскрывали переднюю стенку влагалища правой прямой мышцы живота, тупо расслаивали мышцу и разводили в стороны, вскрывали заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота вместе с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. С целью создания необходимого пространства в брюшной полости, обеспечивающего оптимальные условия выполнения хирургических манипуляций в процессе ХЭ, использовали созданный нами набор инструментов: печеночные зеркала 120x45 мм и подъёмник для боковой стенки 110x35 мм, крючки Фарабефа, тупые четырехзубые крючки, скальпель брюшистый и остроконечный, хирургический пинцет, зажимы Федорова, Микулича, прямой и изогнутый зажим Люера, торакальный зажим для лигирования пузырного протока и артерии, добавочных сосудов, иглодержатель Гегара, ножницы прямые остроконечные и полостные, вакуум-аспиратор. С целью улучшения освещённости операционного поля, особенно глубоких и отдалённых его участков, при крайних степенях ожирения, с 2008 года применяем лобный осветитель. Последний выявился высокоэффективным.

Результаты исследования и их обсуждение

После выполненного минилапаротомного доступа у всех больных диагностирован острый калькулёзный холецистит. Из них у 24(19,5%) пациентов определена катаральная форма холецистита, у 62(50,4%) – флегмонозная форма, у 34(27,6%) – гангренозная форма и у 3(2,5%) – перфоративная форма. Примечательно, что у 2(1,6%) больных установлено внутрипечёночное расположение желчного пузыря.

Осложненное течение острого холецистита выявлено у 65(52,9%) пациентов, из которых у 43(66,2%) больных выявлен перипузырный инфильтрат и у 3(4,6%) – абсцесс, у 4(6,2%) – перитонит (местный – 3, диффузный – 1), у 6(9,2%) – перипузырный инфильтрат сочетался с местный перитонитом, у 8(12,3%) – расширение холедоха, механическая желтуха (холангит – 4, холедохолитиаз – 2, тубулярный стеноз холедоха или рак

Выполненные операции у пациентов с острым холециститом

Объём операции	Число больных	
	абс.	%
Холецистэктомия	114	92,7
Холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду	4	3,3
Холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (Пиковский-1, Вишневский-1)	2	1,6
Холецистэктомия, гепатикодуоденоанастомоз	1	0,8
Холецистэктомия, разделение холедоходуоденального свища, ушивание дефекта в ДПК	1	0,8
Холецистэктомия, атипичная резекция S5 печени с кистой	1	0,8
Итого	123	100,0

холедоха – 1, асептический панкреонекроз – 1) и у 1(1,5%) – холедоходуоденальный свищ. Наряду с этим у 15(12,2%) пациентов спаечным процессом пряди большого сальника были фиксированы к различным отделам желчного пузыря, а у 4(3,2%) – большой сальник полностью закрывал правое подреберье. Дополнительно у 7 (5,7%) больных впервые определен цирроз печени, у 2(1,6%) – хронический гепатит и у 1 (0,8%) – киста S₅ печени.

Коррекция выявленных патологических изменений показана в таблице 1.

Всем больным выполнена ХЭ от шейки с раздельной перевязкой пузырного протока и артерии. Гемостаз ложа желчного пузыря осуществлен тугой тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором и электрокоагуляцией. При расширении холедоха, гнойном холангите, после холедохолитотомии холедох дренирован по Холстеду или Вишневскому. После разъединения долецистодуоденального свища ушит дефект в ДПК, а при наличии кисты S5 печени – выполнена атипичная резекция печени. Подпечёночное пространство дренировано через контрапертуру 2 полихлорвиниловыми трубками. Длительность операции варьировала от 25 до 70 минут.

Расширение минилапаротомного доступа и перевод его в доступ Mirizzi потребовалось у 3(2,4%) пациентов. Показанием у 1 больного был перфоративный холецистит, перипузырный абсцесс, у 1 – тубулярный стеноз холедоха или рак холедоха для наложения гепатикодуоденоанастомоза и у 1 – кровотечение из ложа желчного пузыря, которое остановлено после его ушивания.

После операции осложнения осложнены развились у 2(1,6%) пациентов. Поступление по дренажам из подпечёночного пространства желчи с кровью в объёме 120 мл остановлено консервативно у 1 больного и отошел дренаж из культи пузырного протока при закрытом подпечёночном пространстве на 19 сутки, что обнаружено во время фистулохолангиографии и закончилось выздоровлением у 1.

В раннем послеоперационном периоде длительность интенсивной консервативной терапии была сокращена. С целью обезболивания наркотические препараты получали лишь 5(4,1%) пациентов в течение 1-х суток, а в дальнейшем, как и остальные 118(95,9%) – исключительно только нестероидные противовоспалительные препараты (дексалгин, династат) или анальгин с димедролом. Подниматься с постели и самостоятельно ходить разрешали с 6–8 часов после операции. Активная перистальтика кишечника восстановилась к концу 1-х суток.

Выводы

1. Минилапаротомный доступ для холецистэктомии, выполнен по показаниям, у 93,2% больных с различными формами острого холецистита.
2. Конверсия потребовалась у 2,4% пациентов, показанием к которой были невозможность завершения операции из минилапаротомного доступа и необходимость создания условий для большей свободы манипуляций в зоне операционного действия.
3. Применение минилапаротомного доступа для холецистэктомии позволило улучшить результаты лечения больных с острым холециститом, включая и осложненные его формы.

Литература

1. Барин Ю. В. Комбинированное применение минилапаротомного доступа для холецистэктомии // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – № 3. – С. 71.
2. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію / Ю. В. Малоштан, В. В. Бойко, О. М. Тищенко, І. А. Криворучко. – Харків: СИМ, 2005. – 367 с.
3. Минилапаротомное оперативное лечение острого деструктивного холецистита / Е. Н. Деговцев, С. И. Возлюбленный, И. С. Возлюбленный [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – № 3. – С. 62.
4. Неотложная абдоминальная хирургия / Под ред. А. А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2010. – 469 с.
5. Профілактика ятрогенного пошкодження позапечінокових жовчних протоків і судин та діагностика холедохолітазу під час виконання відкритої та лапароскопічної холецистектомії / М. Ю. Ничитайло, В. О. Шапринський, О. О. Воронський [та ін.] // *Клінічна хірургія*. – 2008. – № 2. – С. 18–21.
6. Хирургия острого живота / Под ред. С. И. Сенинчен-

- ко, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко. – СПб.: ЭЛВИ-СПб., 2009. – 512 с.
7. Хирургия печени и желчных путей /Под ред. М. А. Найтарлакова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 400 с.
 8. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных с высоким операционным риском та при конверсии /В. М. Клименко, Д. І. Міхантьєв, С. М. Кравченко [та ін.] //Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії: Матеріали Першої Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Львів, 2004. – С. 148–149.
 9. Холецистэктомия из минидоступа /А. Д. Джоробеков, Д. С. Ибраимов, К. И. Ниязбеков, А. Г. Мадумаров //Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – № 3. – С. 62.
 10. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа. Ретроспективный анализ 10-летней работы /А. А. Шалимов, В. М. Копчак, А. И. Дронов [и др.] //Клінічна хірургія. – 2001. – № 5. – С. 12–15.
 11. Штофин С. Г. Активная хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите у больных пожилого и старческого возраста /С. Г. Штофин, М. Е. Абеуов, Г. К. Жумакаева //Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – № 3. – С. 128–129.
 12. Du Bois F. Cholecystectomy par minilaparotomie /F. Du Bois, B. Berthelot //Nouv. Presse. Med. – 1982. – Vol. 11 (15). – P. 1139–1141.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІНІЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Капшитар О. В.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування пацієнтів на гострий холецистит, використавши мінілапаротомний доступ (МЛД). Холецистектомія (ХЕ) виконана у 132 хворих. З них у 9(6,8%) пацієнтів верхня середина лапаротомія здійснена при розлитому перитоніті, гострому холецисто-панкреатиті, ускладненому механічною жовтяницею, невправимій грижі білої лінії живота.

У решти 123(93,2%) хворих використаний МЛД. Супутні захворювання виявлені у 113(91,9%) пацієнтів. Раніше оперовані 22(17,9%) хворих. Катаральна форма холециститу встановлена у 24(19,5%) пацієнтів, флегмонозна – у 62(52,4%), гангренозна – у 34(27%) та перфоративна – у 3(2,5%). Ускладненій перебіг хвороби встановлений у 65(52,9%) хворих. Після ХЕ у 6(4,9%) пацієнтів холедох дренивали за Холстедом (холедохолітомія – 2), у 1(0,8%) – виконали гепатікодуоденоанастомоз, у 1(0,8%) – атипичну резекцію S5 печінки та у 1(0,8%) – усунули холедохостодуоденальну норичу.

Конверсія знадобилась у 3(2,4%) хворих. Після операції ускладнення розвинулися у 2(1,6%) пацієнтів. Була відсутня летальність.

У зв'язку з малою травматичністю МЛД помічений легкий та сприятливий перебіг післяопераційного періоду. Виключені наркотичні препарати у 95,9% хворих, зменшений об'єм інфузій, самостійно ходити дозволяли з 6–8 годин, перистальтика кишечника відновилась у 1-у добу, мали місце низький відсоток післяопераційних ускладнень, висока косметичність, відсутня летальність.

Ключові слова: гострий холецистит, хірургічне лікування, мінілапаротомний доступ.

EXPERIENCE WITH MINILAPAROTOMICAL ACCESS TO SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Капшитар А. В.

Objective: to improve the surgical treatment of patients with acute cholecystitis using minilaparotomical access (MLA). Cholecystectomy (CE) was performed in 132 patients. Of these, 9(6,8%) patients had an upper midline laparotomy performed in diffuse peritonitis, acute cholecystitis, pancreatitis complicated by obstructive jaundice, irreducible hernia abdominal white line.

The remaining 123(93,2%) patients used MLA. Associated diseases were diagnosed in 113(91,9%) patients. Previously operated on 22(17,9%) patients. Catarrhal form of cholecystitis is defined in 24(19,5%) patients, abscess – in 62(50,4%), gangrenous – 34(27,0%) and perforated – in 3(2,5%). Complicated course of the disease found in 65(52,9%) patients. After the CE in 6(4,9%) patients had choledochal drained by Halstead (holedoholitotomiya – 2) in 1(0,8%) – completed hepatikoduodenoanastomoz, and 1(0,8%) – an atypical resection of the S5 of the liver and in 1(0,8%) – removed autocholecystoduodenostomy.

Conversion was required in 3(2,4%) patients. After surgery, complications occurred in 2(1,6%) patients. There was no mortality.

Because of the small trauma MLA noted mild and beneficial for the postoperative period. Excluded narcotic drugs in 95,9% of patients, reduced the volume of infusion, were allowed to walk independently with 6–8 hours, intestinal peristalsis was restored to the 1st day, marked by a low percentage of postoperative complications, no mortality, high cosmetic.

Keywords: acute cholecystitis, surgery, minilaparotomical access.