

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

И. А. Ким

*Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского института
усовершенствования врачей им. В. И. Ленина*

Диагностика и лечение острых заболеваний внепеченочных желчных путей иногда представляют значительные трудности, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Данная проблема сложна и тем, что иногда при воспалении желчного пузыря, не поддающегося консервативной терапии, трудно решиться на экстренную операцию, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, так как операционный риск у них слишком высок. Оперативное вмешательство также чрезвычайно опасно для больных с длительно протекающей механической желтухой, поскольку в послеоперационном периоде у них возможно прогрессирование имеющейся печеночной недостаточности. В таких случаях в качестве лечебного метода оправдана лапароскопическая холецистостомия [2]. По методике, предложенной И. Д. Прудковым (1974), необходимо вывести дно желчного пузыря и прикрепить к коже брюшной стенки. Однако при резко инфильтрированной и отечной стенке желчного пузыря, а также при его плотном сращении с краем печени выводить его дно и фиксировать к коже брюшной стенки не представляется возможным. Все это значительно ограничивает возможности проведения лапароскопической холецистостомии по данной методике. В таких случаях показана чреспеченочная холецистостомия [1, 3].

В нашей клинике проведено 496 лапароскопических исследований при различных заболеваниях органов брюшной полости, в том числе 356 при заболеваниях внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы. Кроме лапароскопической диагностики, выполнен ряд лечебных мероприятий под контролем лапароскопа: 1) канюляция круглой связки печени для пролонгированной новокаиновой блокады при остром холецистите и панкреатите (146 больных); 2) дренирование брюшной полости с целью проведения перитонеального диализа в лечении острого панкреатита (42); 3) промывание желчного пузыря и желчных протоков (62); 4) наложение лапароскопической холецистостомы в лечении острого холецистита, панкреатита и механической желтухи (26).

Чреспеченочная холецистостомия, по нашему мнению, имеет ряд недостатков: 1) она не дает четкого представления о направлении иглы в паренхиме печени, так как невозможно проконтролировать лапароскопом ее проведение и поэтому неизвестно место пункции желчного пузыря; 2) при малейшей попытке изменения продвижения иглы повреждается паренхима печени, что грозит кровотечением и желчеистечением; 3) велика вероятность перфорации противоположной стенки желчного пузыря из-за невозможности контроля за направлением иглы.

Поэтому представляем модификацию методики лапароскопической холецистостомии через дно желчного пузыря с помощью иглы-троакара с мандреном. Длина иглы-троакара — 250 мм, наружный диаметр — 3,0 мм, внутренний — 2,8 мм.

Под контролем лапароскопа производится пункция желчного пузыря у его дна с помощью иглы-троакара. Во время пункции через дно желчного пузыря весь процесс можно четко контролировать лапароскопом. Кроме того, создаются условия свободного манипулирования иглой-троакаром, так как она фиксирована только в одной точке (в толще брюшной стенки), что уменьшает вероятность перфорации противоположной стенки желчного пузыря. Свободное маневрирование иглой-троакаром позволяет установить катетер в просвете пузыря в любом положении, что невозможно при транспеченочном наложении холецистостомы, поскольку в этом случае игла фиксирована в двух точках (в толще брюшной стенки и в толще паренхимы печени), что значительно уменьшает возможность манипуляции иглой.

Этапы лапароскопической холецистостомии по предлагаемой методике представлены на рис. 1 а, б, в, г. При проведении лапароскопической холецистостомы иглой-троакаром должны быть соблюдены следующие правила: 1) между мандреном и стен-

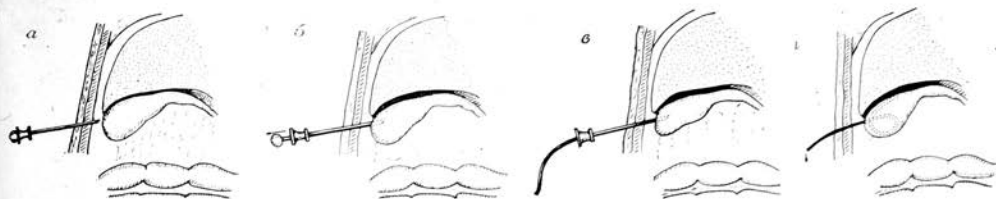


Рис. 1. Этапы лапароскопической холецистостомии: а — прокол брюшной стенки; б — прокол желчного пузыря, извлечение мандрена; в — введение дренажной трубки; г — отток желчи по дренажной трубке после удаления иглы-троакара.

кой иглы следует оставить небольшой зазор, так как плотное притирание мандрена к игле при наличии выраженной гипертензии в желчном пузыре может вызвать подтекание желчи между иглой и стенкой пузыря; 2) длина введенного в полость желчного пузыря катетера должна быть не менее 100—120 мм, чтобы предупредить выпадение катетера из пузыря; 3) дренажную трубку, находящуюся в брюшной полости, не следует сдавливать или перегибать; 4) ее необходимо надежно зафиксировать к коже брюшной стенки.

Первые 2 сут больной соблюдает постельный режим, с 3-го дня ему разрешается вставать. Через 3—4 сут, когда по дренажу начинает выделяться чистая желчь, ее вводят в желудочно-кишечный тракт через назогастральный зонд в двенадцатиперстную кишку. На этих же сроках или позднее под рентгенологическим контролем проводится фистулография, которая позволяет определить патологические изменения во внепеченочных желчных путях (результаты, полученные при фистулографии, представлены на рис. 2 а, б).

Следует особо подчеркнуть, что у 18 больных после наложения лапароскопической холецистостомии на 2—4-е сутки отмечались признаки печеночной недостаточности: 1) резкое ухудшение общего состояния (повышение температуры тела, адинамия, слабость); 2) значительное уменьшение количества отделяемой желчи при хорошей функции дренажной трубки; 3) увеличение лейкоцитоза; 4) нарастание билирубинемии. Развитие этих реакций зависело от исходного общего состояния и длилось от 2 до 4 дней, затем наступало улучшение с увеличением отделяемой желчи.

Данные наблюдения наглядно демонстрируют целесообразность двухэтапного оперативного лечения ряда больных с тяжелым общим состоянием, а также лиц пожилого и старческого возраста с высоким операционным риском.

По описанной методике лапароскопической холецистостомии при остром холецистите, панкреатите и механической желтухе выполнена 26 больным. Подтекания желчи, крови через раневой канал в стенке желчного пузыря не отмечалось. Из 26 больных после нормализации общего состояния оперированы 22 пациента.

Проведенные наблюдения показывают, что лапароскопическая холецистостомия является относительно простым и безопасным методом лечения острого холецистита и панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелым общим состоянием, операционный риск у которых чрезвычайно высок. Метод позволяет купировать воспалительные явления в желчных путях, нормализовать общее состояние и предупреждать прогрессирование почечно-печеночной недостаточности, что создает более благоприятные условия для последующего оперативного лечения с лучшими исходами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Р. Х. Комбинированная лапароскопия. Ташкент, 1976.— 2. Прудков И. Д. Сов. мед., 1974, 4—3. Сотников В. Н. Там же, 1979, 2.

Поступила 1 марта 1983 г.

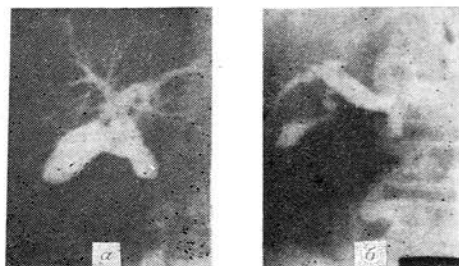


Рис. 2. Рентгенофистулограммы после дренирования желчного пузыря: а — опухолевая обтурация холедоха; б — вколоченный камень терминального отдела холедоха.