

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИНТРА-ЭКСТРАПУЗЫРНОЙ САНАЦИИ ПРИ ВИДЕОЭНДОХИРУРГИИ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА

М.М. Мамакеев, Дж.С. Абдуллаев, К.М. Мамакеев, Э.А. Тилеков, Э.Т. Омуралиева

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек

Резюме. В данном сообщении нами приводятся результаты использования интра-экстрапузырной санации при осложненном холецистите, состояние гемостаза и микрофлора желчного пузыря. Холецистэктомия под видеолaparоскопическим контролем при деструктивном холецистите позволяет ускорить время операции, уменьшить количество конверсий, интра - и послеоперационных осложнений. После операции наблюдается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, снижение адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок, что необходимо учитывать при ведении послеоперационного периода. Микрофлора желчного пузыря у многих больных устойчива к большинству антибиотиков.

Ключевые слова: острый холецистит, деструктивный холецистит, видеоэндохирургия, лапароскопическая холецистэктомия, санация.

EFFICIENCY OF INTRA-EXTRACYSTIC SANATION AT VIDEO ENDOSURGERY OF ACUTE COMPLICATED CHOLECYSTITIS

M.M. Mamakeev, J.S. Abdullaev, K.M. Mamakeev, E.A. Tilekov, E.T. Omuralieva

NSC MH KR, Bishkek

Summary. In this report, we present the results of the use of intra-extracystic sanitation in complicated cholecystitis, the state of hemostasis and gallbladder microflora. Cholecystectomy under video-laparoscopic control with destructive cholecystitis allows to speed up the operation time, reduce the number of conversions, intra-and postoperative complications. After surgery, there is hypercoagulation and depression of fibrinolysis, a decrease in the adhesive and aggregation activity of the platelets, which must be considered when maintaining the postoperative period. The microflora of the gallbladder in many patients is resistant to most antibiotics.

Key words: acute cholecystitis, destructive cholecystitis, video endosurgery, laparoscopic cholecystectomy, sanitation.

Введение. Одной из актуальных проблем в хирургии является лечение больных острым холециститом, так как после оперативного вмешательства нередко возникают осложнения, которые могут явиться причиной летального исхода.

В данном сообщении нами приводятся результаты использования интра-экстрапузырной санации при осложненном холецистите, состояние гемостаза и микрофлора желчного пузыря.

Материал. Нами анализировано 561 ЛХЭ, которые были оперированы в НХЦ МЗ КР. Из них у 282 (50,3%) был острый холецистит. Катаральная форма холецистита у 92 (32,6%), флегмонозная у 165 (58,5%), гангренозная у 25 (8,9%) больных.

Возраст от 15 до 82 лет. Женщин было 91%, а мужчин 9%.

Результаты. Мы выработали технические приемы, позволяющие максимально уменьшить возможность возникновения осложнений, сократить время операции и время пребывания больного в стационаре.

Наличие обтурационного холецистита является показанием для пункции желчного пузыря, эвакуации содержимого, многократного промывания его полости раствором антисептиков и 70% спиртовым раствором хлоргексидина. При деструктивном холецистите или возникновении технических сложностей во время операции производим удаление

желчного пузыря через боковой прокол, расширенный до 3-4 см (минилапаротомия). Это позволяет санировать под- и надпеченочные пространства под визуальным контролем и эндоосвещением, произвести дополнительную коагуляцию или наложение швов при кровотечении с ложа желчного пузыря. При невозможности удаления желчного пузыря целиком, приходится прибегать к удалению его по частям.

Обязательно производим дренирование подпеченочного пространства трубкой, которая удаляется через 24-48 часов и резиновой полоской (при значительном инфицировании), последняя удаляется на 3-и и более суток, в зависимости от количества отделяемого: экссудат, желчь, кровь. Иногда приходится оставлять марлевый тампон на ложе желчного пузыря при упорном паренхиматозном кровотечении, обусловленным сопутствующими заболеваниями, как цирроз печени, гипертоническая болезнь, что нами было произведено у 5 (1,8%) больных. Тампон удалялся на 3-5 сутки и заменялся резиновой полоской. Конверсия произведена у 9 (3,22%) больных.

Средняя продолжительность операции составила 35 минут (от 25 до 55 минут), что в 2 раза меньше, чем при стандартной ЛХЭ. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 7,1 койко-дней, что также в 2 раза меньше чем при традиционном методе операции.

Послеоперационные осложнения встретились у 21 (7,4%) больных. Летальных исходов не было.

При этом установлено, что на первые сутки число тромбоцитов падает в 3 раза, хотя адгезивная и агрегационная их функции не меняются. Через 3 и 5 суток после операции число кровяных пластинок падает еще сильнее, одновременно уменьшается их адгезия и агрегация. Между тем, время рекальцификации плазмы, каолиновое и коалин-кефалиновое время в первые сутки послеоперационного периода увеличивается. Аутокоагуляционный тест свидетельствовал о развитии, после лапароскопической холецистэктомии выраженной гиперкоагуляции. При этом наступала более медленная активизация тромбина. Толерантность Плазмы к гепарину в первые сутки после операции уменьшалась, а к 3 и 5 дню повышалась. Концентрация антитромбинов снижалась, особенно сильно на 1 и 3 дни после холецистэктомии, тогда как тромбиновое время в 1 сутки удлинялось, а к 5 дню после операции сокращалось. Значительно повышалась у больных после операции концентрация фибриногена. Уже в 1 сутки после холецистэктомии угнетался эуглобулиновый фибринолиз и эти сдвиги сохранялись до конца пребывания больных в стационаре.

После лапароскопической холецистэктомии развивается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, а также снижение

адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок. Полученные данные не могут быть объяснены однозначно. Нет никакого сомнения в том, что во время лапароскопической холецистэктомии происходит выброс тромбопластина и активаторов пламиногена из печеночного ложа желчного пузыря. При этом наступает усиление образования протромбиназы и угнетение фибринолиза по внешнему пути. Мы считаем также, что во время лапароскопической холецистэктомии в циркуляции появляется тромбин, под влиянием которого тромбоциты собираются в агрегаты и уносятся током крови в капилляры. Резко увеличивается агрегация тромбоцитов, адреналин, еонцентрация которого при операционном стрессе значительно увеличивается.

Появление в кровотоке тромбина и адреналина неминуемо сопровождается внутрисосудистым свертыванием крови. Это приводит к потреблению тромбоцитов в результате чего их количество в циркуляции резко снижается. Необходимо заметить, что в процессе внутрисосудистого свертывания крови потребляются наиболее активные тромбоциты, обладающие повышенной адгезивной и агрегационной способностью. Также о наличии внутрисосудистого свертывания крови свидетельствуют положительные этаноловый и протаминсульфатный тесты.

Исследования микрофлоры желчного пузыря и ее

чувствительность к антибиотикам выполнены у 28 больных.

В содержимом желчного пузыря у 15 (54%) прооперированных больных *E. coli* встречалась у 5, стрептококк группы «А» - у 3, стрептококк группы «Д» - у 1 больного. *Acinetobacter* у 2-х, *Ent. Cloacens* - 1 больного. *Ent. Aerogenes* - у 1 больного и у 2-х больных выявлена смешанная инфекция (*E. coli* + стрептококк группы «А») и у больной (*Acinetobacter* + *Ent. Cloacens*). У 13 (46%) прооперированных больных посев содержимого желчного пузыря был отрицательным, у этих больных гистологически обнаружены следующие формы холецистита: катаральные-3, флегмонозные-7, гангренозные-3.

Обсемененность желчного пузыря была наивысшей при выявлении: *E. coli*, *Ent. Aerogenes*, *S. Frenidini*. Наименьшее количество (колонеобразующих единиц) КОЕ определялось при высевании стрептококка группы «Д» и *Acinetobacter*. При смешанной инфекции содержимого желчного пузыря наибольшее число КОЕ при *Acinetobacter* + *Ent. Cloacens* и наименьшая обсемененность содержимого желчного пузыря была выявлена при сочетании *E. coli* + стрептококк группы «Д».

E. coli была устойчива к действию: карбенициллина, рифампицина, стрептомицина, канамицина, гентамицина, неомицина. *S. Frenidini* был устойчив к:

ампициллину, карбенициллину, рифампицину, стрептомицину, канамицину, гентамицину. Стрептококк группы «А» имел устойчивость к линкомицину. Стрептококк группы «Д» был устойчив к пенициллинам и тетрациклину. Наибольшая устойчивость к антибиотикам была выявлена при смешанной инфекции (*Acinetobacter* + *Ent. Cloacens*). Эти микроорганизмы были чувствительны только к неомицину, а (*E. coli* + стрептококк группы «А») устойчивы к ампициллину, гентамицину, канамицину, рифампицину.

Заключение. Таким образом, в процессе лечения нами изучены показатели гемостаза после лапароскопической холецистэктомии. Холецистэктомия под видеолапароскопическим контролем при деструктивном холецистите позволяет ускорить время операции, уменьшить количество конверсий, интра - и послеоперационных осложнений. После операции наблюдается гиперкоагуляция и депрессия фибринолиза, снижение адгезивной и агрегационной активности кровяных пластинок, что необходимо учитывать при ведении послеоперационного периода. Микрофлора желчного пузыря у многих больных устойчива к большинству антибиотиков.