

## РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*А.В.Кузнецов А.И.Шевела, В.В.Морозов, Е.Н.Федин*

*НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Муниципальная клиническая больница № 12. г. Новосибирск.*

Холецистэктомия из мини-доступа в настоящее время является операцией выбора в лечении больных с острым калькулезным холециститом. Методика холецистэктомии из мини доступа (по М.И.Прудкову) хорошо зарекомендовала себя в нашей клинике, где она применяется с 1996 года. Ее меньшая травматичность по сравнению со стандартной лапаротомной операцией и более легкая переносимость по сравнению с лапароскопической методикой (за счет отсутствия инсуфлированного газа в брюшной полости) вывели ее на первое место у больных с острым калькулезным холециститом. Особо считаем ее показанной у пожилых пациентов с серьезной сопутствующей патологией.

В послеоперационном периоде считаем оптимальным проведение антибактериальной терапии через круглую связку печени. Это обеспечивает максимальное близкое подведение антибактериального препарата к месту воспаления, снижение болевых ощущений и более скорое восстановление клинических и лабораторных показателей состояния пациента. В доступной литературе нам не удалось встретить описание канюлирования круглой связки печени при данном виде операций.

В нашем исполнении канюлирование проводится по окончании оперативного приема (холецистэктомии) перед ушиванием трансректального оперативного доступа. Не удаляя фиксирующего кольца с осветителем и ретракторами, делается прокол кожи толстой и длинной иглой со внутренним диаметром 1,5мм, по средней линии живота на границе эпигастральной и мезогастральной областей. Игла под пальпаторным и визуальным контролем проводится в толще круглой связки, максимально близко к печени, не нарушая целостности брюшины круглой связки. Через иглу проводится леска-проводник, игла извлекается и по проводнику проводится катетер, внутренний диаметр которого 1,2мм. Со стороны брюшной полости на круглую связку вокруг катетера накладывается герметизирующий кетгутый шов для предотвращения в дальнейшем уклонения лекарственной смеси ретроградным током на брюшную стенку. К коже катетер фиксируется тонкой нитью. Методика похожа на установку подключичного катетера по Сельдингеру с тем лишь отличием, что вместо подключичной вены канюлируется круглая связка печени. Стандартный подключичный катетер с диаметром 1,0-1,2мм вполне подходит для описанной манипуляции. Наличие на нем отверстий для фиксирующей нити и съемная резиновая пробка весьма удобны. Для проведения антибактериальной терапии в катетер установленный в круглую связку печени вводили комплексную лекарственную смесь, состоящую из 250мг ампициллина натриевой соли, 5мл 0,025% раствора новокаина, 2мл 2% раствора папаверина. Введение осуществляли медленно, болюсно 3 раза в сутки, длительность лечения 5 дней. У пролеченных больных, мы не встретили аллергических реакций, воспалительных процессов и инфильтратов в месте установки катетера. Удаление катетера безболезненно, на коже практически не остается следа от его установки.

Подобный способ антибактериальной терапии позволяет избежать многократных внутримышечных инъекций, что приводит к улучшению самочувствия пациентов в послеоперационном периоде за счет отсутствия боли в местах инъекций и постинъекционных инфильтратов. Прицельное введение антибиотика привело к снижению используемой дозы препарата и уменьшению системного действия антибиотика на организм в целом.