

Туйбаев З.А., Курбанбаев О.И.

КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ХОЛЕЦИСТИТТЕ БЕЙТАПТАРГА ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫН ЖАСОО

Туйбаев З.А., Курбанбаев О.И.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Z.A. Tuibaev, O.I. Kurbanbaev

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS

УДК: 616:366-002-072.1-089.87.

Бул макалада өттүн курч жана өнөкөт калькулездук холециститинде 147 бейтапка лапароскопиялык холецистэктомия операциясы жасалгандыгынын жыйынтыктары берилген. Курч холециститте - 4,3%, ал эми өнөкөт холециститте - 1,3% кабылдоо болгон. Өлүм болгон эмес.

Негизги сөздөр: *өттүн таши оорусу, холецистит, лапароскопиялык холецистэктомия, кабылдоо.*

Представлены результаты выполненных лапароскопических холецистэктомий у 147 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом. Осложнения при остром холецистите составили 4,3%, а при хроническом - 1,3%. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: *желчнокаменная болезнь, холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения.*

The results of the executed laparoscopic cholecystectomy in 147 patients with acute and chronic calculous cholecystitis. Complications of acute cholecystitis were 4.3% and in chronic - 1.3%. Deaths were not.

Key words: *gall-stone disease, cholelithiasis, cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, complications.*

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу распространенных заболеваний, лечение которого в основном хирургическое, особенно при таком осложнении как острый и хронический холецистит [1,2]. В лечении этого заболевания длительное время использовали традиционный лапаротомный доступ, который довольно травматичный и в послеоперационном периоде нередко возникают раневые осложнения, после которых в отдаленные сроки формируются послеоперационные вентральные грыжи. Предложенные различные варианты минидоступов улучшили результаты лечения, но применение их ограничено, особенно при осложненных деструктивных формах холецистита [1,3].

В последние годы довольно широкое применение нашел лапароскопический метод лечения многих хирургических и гинекологических заболеваний, а также более широко этот метод лечения стал применяться при ЖКБ [4,5]. Этому методу посвящены многие исследования, но ряд из них носит противоречивый результат, особенно это касается использования лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром холецистите и

недостаточно конкретизированы показания к этому методу оперативного лечения.

Цель работы: представить сравнительную оценку лапароскопических холецистэктомий при остром и хроническом холецистите.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 147 больных, из них женщин было 137 и мужчин 10, самому молодому было 17 лет и самому старшему 82 года. Из числа оперированных до 20 лет было 3 больных, от 20 до 30 – 15 больных, но наибольшее число оперированных было в возрасте от 51 до 60 лет – 52. Из 147 больных с острым холециститом было 69 (46,9%) и хроническим 78 (53,1%).

Почти в равной степени по удельному весу были больные с острым и хроническим холециститом. При поступлении детально анализировали анамнез заболевания, характер предшествовавшего лечения и его эффективность. Выполняли лабораторные исследования (анализ крови и мочи, свертываемость крови, печеночные и почечные тесты) и ультразвуковое исследование внутренних органов. Особое внимание уделяли выявлению сопутствующих заболеваний и перенесенным операциям на органах брюшной полости в прошлом. При УЗИ оценивали состояние печени, расположение желчного пузыря, его размеры, характер содержимого пузыря, состояние желчных путей.

Результаты и их обсуждение.

На основании выполненных исследований острый холецистит установлен у 69 и хронический у 78. Показанием для ЛХЭ при остром холецистите считали продолжительность заболевания не более 3-х суток, отсутствие вовлечения в воспалительный процесс окружающих желчный пузырь тканей, отсутствие патологических изменений со стороны желчных протоков.

Противопоказанием ЛХЭ при остром холецистите считали ожирение 3 степени, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, а так же при выявленных признаках местного или общего перитонита.

При хроническом холецистите показанием считали частые приступы печеночной колики, снижение работоспособности больных, а к противопоказаниям относили ожирение 3 степени, наличие тяжелых

сопутствующих заболеваний и подозрение на синдром Мириizzi.

Операции выполнялись под общим эндотрахеальным наркозом. Лапароскопия производилась по обычной методике из 4 точек введения лапароскопа после наложения пневмоперитонеума. Первым этапом выполняли ревизию органов брюшной полости, затем удаление желчного пузыря от шейки (чаще) или от дна с отдельной обработкой пузырного протока и артерии путем клипирования, тщательная проверка на гемостаз и дренирование подпеченочного пространства. После операции дренаж из подпеченочного пространства удаляли через 2-3 суток.

При остром холецистите из 69 больных осложнения в ближайшие сроки возникли у 3-х (4,3%) больных: у одного отмечено кровотечение в брюшную полость, что потребовало релапаротомии и остановки кровотечения, которое наблюдалось из ложа желчного пузыря. Еще у двоих больных отмечено желчеистечение, но повторная операция не выполнялась, так как желчеистечение было незначительным, постепенно количество отделяемого уменьшалось, а затем прекратилось, при УЗИ наличие жидкости в свободной брюшной полости не выявлено, дренажи удалены, и больные в хорошем состоянии были выписаны.

При хроническом холецистите ЛХЭ выполнена у 78 больных. Из них у одного больного (1,3%) отмечено осложнение в послеоперационном периоде (желчеистечение), дренаж из брюшной полости удален лишь после прекращения выделения желчи.

Среднее пребывание больных в стационаре с острым холециститом составило $8,5 \pm 0,92$ койко-дня

и при хроническом - $6,1 \pm 0,82$ койко-дня. В литературе многие исследователи отмечают краткосрочное пребывание больных на стационарном лечении, а в наших наблюдениях они более продолжительны. Это обусловлено тем, что в начале нашей работы мы стремились более детально анализировать течение послеоперационного периода. Кроме того, в нашу больницу поступали больные из районов, за которыми было необходимо наблюдение в условиях стационара, так как их выписка в ранние сроки представляла риск.

Таким образом, наши наблюдения за больными ЖКБ, осложненной острым и хроническим холециститом показали целесообразность использования ЛХЭ при индивидуальном подходе к выбору этого типа операции. Осложнения при остром холецистите составили 4,3%, а при хроническом – 1,3%.

Литература:

1. Каримов Ш.И. Миниинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни [Текст] / Ш.И. Каримов, В.А. Ким // Хирургия. – 2000. - №10. – С.26-30.
2. Майстренко Н.А. Гепатобилиарная хирургия [Текст] / Н.А. Майстренко, А.Н. Нечай. – Санкт-Петербург: Медицина, 1999. – 213 с.
3. Ходяков В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] / В.В. Ходяков, Ю.Г. Рямов // Хирургия. – 2007. - №4. – С.47-49.
4. Уханов А.П. Отдаленные результаты видеолапароскопических холецистэктомий [Текст] / А.П. Уханов // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - №1. – С.148-150.
5. Zucker K.A. Laparoscopic guided cholecystectomy [Text] / K.A. Zucker // Am.J. Surg. – 2001. – Vol.161, #1. – P.36-42.

Рецензент: к.м.н., доцент Мусаев У.С.