

Курбанбаев О.И.

**ӨТТҮН ТАШ ООРУСУНДА БЕЙТАПТАРГА ЖҮРГҮЗҮЛГӨН
ОПЕРАТИВДҮҮ ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ**

Курбанбаев О.И.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

O.I. Kurbanbaev

**RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING
FROM CHOLELITHIASIS**

УДК: 616.366-003.7-06-089.85

Бул макалада өттүн таш оорусунун кабылдоосу өнөкөт холециститте 178 бейтапка дарылоо жүргүзүлүп, анын жыйынтыктары берилген. Алардын ичинен 63 бейтапка лапаротомиялык жол аркылуу холецистэктомия операциясы жасалып кабылдоосу 7,9%, ал эми 115 бейтапка лапароскопиялык холецистэктомия операциясы жасалып кабылдоосу 2,6% түзгөн. Изилдөөнүн негизинде операциядан кийин 2-тайпадагы бейтаптардын жашоо сапаты биротоло жакшырган.

Негизги сөздөр: *өт кабы, өттүн таш оорусу, өттүн сезгенүүсү, оперативдүү дарылоо, кабылдоо, жашоонун сапаты.*

В статье даны результаты лечения 178 больных ЖКБ, осложненной хроническим холециститом. У 63 операция выполнена лапаротомным доступом, осложнения составили 7,9%, а у 115 эндовидеохирургической-осложнения 2,6%. После операции улучшение качества жизни более выражены у больных второй группы.

Ключевые слова: *желчный пузырь, желчнокаменная болезнь, холецистит, оперативное лечение, осложнения, качество жизни.*

In the article treatment results of 178 patients suffering from cholelithiasis, complicated by chronic cholecystitis, are provided. 63 patients were operated with laparotomic access, complications were 7.9%; and 115 by endovideosurgical, complications were 2.6%. After the surgery improvement of life quality was more expresses with the II group of patients.

Key words: *gall bladder, cholelithiasis, cholecystitis, operative treatment, complications, life quality.*

Введение. Проблема хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) остается одной из актуальных в хирургии органов брюшной полости. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости и увеличением больных с осложненными формами ЖКБ [3,7,11]. Длительное время в лечении ЖКБ использовалась традиционная холецистэктомия, но по мере накопления клинического материала были выявлены недостатки: большая травматичность, частые раневые осложнения в ближайшем послеоперационном периоде и формирование послеоперационных вентральных грыж в отдаленном сроке после операции [1,4,9], что явилось основанием для поиска менее травматичных методов.

С появлением эндоскопических технологий была разработана и внедрена методика лапароскопи-

ческой холецистэктомии, которая имеет ряд преимуществ перед традиционной и метод стал широко внедряться в клинику [6,8,10,12]. Одновременно с лапароскопической холецистэктомией разрабатывались и методы холецистэктомии из минимального лапаротомного доступа [2,5,11], но и тот и другой метод не решили проблему оперативного лечения ЖКБ, при любом из них сохраняются ряд осложнений в момент операции и в послеоперационном периоде. Идет накопление клинического материала и их оценка результатов.

Большинство работ посвящено длительности операции, частоте осложнений, длительности нетрудоспособного периода [1,9,13], а определению качества жизни уделяется недостаточно внимания [6], хотя эта оценка имеет немаловажное значение не только для больного, но и для врача.

Цель исследования – оценить результаты оперативного лечения больных ЖКБ с освещением качества жизни после холецистэктомии лапаротомным и лапароскопическим методом.

Материал и методика исследования.

Под наблюдением находилось 178 больных, оперированных в хирургическом отделении Ошской городской клинической больницы по поводу ЖКБ, осложненной хроническим холециститом. Из них лапаротомным доступом оперировано 63 больных и лапароскопическим 115. Из 178 поступивших женщин было 133 и мужчин 45. Возраст колебался от 17 до 76 лет, а давность заболевания наиболее часто была от 1 года до 3-х лет.

Основными жалобами при поступлении была тупая боль в правом подреберье или в эпигастрии и появление приступообразных болей. Нередко больные отмечали сухость во рту, быструю утомляемость и снижение работоспособности. Все эти жалобы явились основанием для госпитализации в хирургическое отделение.

В обследовании больных выполняли общий анализ крови и мочи, свертываемость крови, ЭКГ и показатели функционального состояния печени и почек, выполняли УЗИ аппаратом «Mindrey DS 3» в масштабе реального времени и при этом определяли размеры печени, ее структуру, состояние желчных протоков, размеры желчного пузыря, его форму,

расположение, структуру содержимого и толщину стенки пузыря. УЗИ выполняли до операции с целью установления характера заболевания и послеоперационном – для выявления осложнений.

Для определения качества жизни использовали анкету PISO-12, которая включает основные показатели качества жизни: физическую активность, психическое состояние, степень нарушения ролевого и социального функционирования и сексуальную активность. Вопросы анкеты изложены на кыргызском и русском языках и ответы заполнялись больными. Исследования качества жизни выполняли до операции, через 3-6 месяцев после операции и через год. Полученные результаты статистически обрабатывались путем применения относительных показателей, а достоверность определялась по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение.

На основании выполненных исследований поставлен диагноз хронический калькулезный холецистит, а сопутствующие заболевания выявлены у 92 (51,72%) больных, в основном у лиц старше 50 лет.

Показанием для холецистэктомии из лапаротомного доступа служили признаки хронического калькулезного холецистита с частыми приступами печеночной колики, а для лапароскопической наличие конкрементов в желчном пузыре (УЗИ), клинические проявления снижающие качества жизни больных. Противопоказанием для лапароскопической холецистэктомии мы относили ожирение III-IV степени и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием независимо от выбора доступа для холецистэктомии.

У 63 больных мы использовали лапаротомный доступ, но необходимо отметить, что мы не сторонники широкого доступа (20-25см), так как после него возникают осложнения, как общие так и местные, и в то же время мы не сторонники доступа 3-4см, так как здесь необходимо дозированные расширители, и кроме того без специального инструментария да и со специальным инструментарием очень ограничен визуальный контроль желчного пузыря и печени. В своей работе мы использовали доступ 8-9см, в правом подреберье и очень редко верхне-срединный (5-

бчел).

Перед операцией выполняли УЗИ и на брюшную стенку проэцировали контуры желчного пузыря, это способствовало выбору доступа непосредственно на желчном пузыре, а все остальные этапы холецистэктомии выполняли под контролем зрения и чаще желчный пузырь удаляли от шейки, и очень редко от дна.

В послеоперационном периоде из 63 больных осложнения имели место у 5, что составило 7,9%. Из 5 больных с осложнениями у 2-х отмечено желчеистечение, у одного пневмония и еще у 2-х нагноение операционной раны. Возникновение осложнений требовало более длительного стационарного лечения. В целом по группе стационарное лечение было 6,8 +1,1 койко дней.

Вторую группу составили 115 больных, которым холецистэктомия выполнена лапароскопически с применением пневмоперитонеума и введением 4-х троаков. При этом осуществляли ревизию органов брюшной полости, а затем выполняли холецистэктомию с раздельным клиппированием пузырной артерии и протока. Орошали раствором фурациллина подпеченочное пространство и затем его дренировали. В послеоперационном периоде больных рано активизировали. Осложнений, которые бы требовали повторной операции не было. У одного больного отмечено недлительное желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно. Еще у 2-х больных возник инфильтрат в области троакарных ран, всего осложнений было 3, что составило 2,6%. Других осложнений мы не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило 4,2+0,16 койко-дней.

Таким образом, сравнивая клиническое течение послеоперационного периода необходимо отметить, что более легко он протекал у больных после лапароскопической холецистэктомии и менее продолжительные были сроки стационарного лечения, различия эти достоверны ($P < 0,05$).

Особое внимание нами было уделено исследованию качества жизни, которое было выполнено у 60 больных, у которых холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом и у 72 лапароскопически. В разработку мы включили лишь тех больных, у которых качество жизни исследовали до операции от 3-х до 6 месяцев и более 1 года.

Таблица 1

Оценка качества жизни больных, перенесенных холецистэктомию

Группы больных и показатели	До операции		Через 3-6 мес.		Более года	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Болевой синдром:						
1-группа n-60	60	100,0	18	30,0	3	5,0
2-группа n-72	72	100,0	6	8,3	1	1,4
Физическая активность:						
1-группа n-60	48	80,0	21	35,0	8	13,3
2-группа n-72	61	84,7	13	13,3	2	2,8
Нарушение психического здоровья:						
1-группа n-60	51	85,0	38	63,3	19	31,7
2-группа n-72	64	88,9	29	40,3	8	11,1

Социальное функционирование:						
1-группа n-60	46	76,7	21	35,0	16	26,7
2-группа n-72	52	72,2	15	20,8	4	5,6
Роловое функционирование:						
1-группа n-60	47	78,3	31	51,7	13	21,7
2-группа n-72	52	72,2	23	31,9	5	6,9
Сексуальное функционирование:						
1-группа n-60	28	46,7	18	30,0	4	6,7
2-группа n-72	34	47,2	6	8,3	3	4,1

При использовании любого доступа у большинства больных отмечены нарушения: болевой синдром, снижение физической активности, нарушения психического здоровья, социального и ролевого функционирования.

Почти у половины больных (46,7%) отмечены нарушения и сексуального функционирования. Нужно отметить что выявленные нарушения были на одинаковом уровне в обеих группах.

Через 3-6 месяцев после операции отмечена положительная динамика, но более выражена в группе больных, у которых холецистэктомия выполнена лапароскопически. Выраженность болевого синдрома в обеих группах была незначительной, и если в первой группе отмечена у 30% больных, то во второй лишь у 8,3%.

Достоверные различия отмечены и в показателях ролевого и сексуального функционирования. При обследовании больных через год после операции в обеих группах лишь единичные больные отмечали появление боли. Улучшение физической активности было достоверно у больных после лапароскопической холецистэктомии, и лишь у единичных больных имело место нарушение социального, ролевого и сексуального функционирования.

Выводы:

1. В лечении ЖКБ осложненной хроническим холециститом можно использовать лапаротомную холецистэктомию с доступом 8-10см и лапароскопическую, но с учетом общего состояния больных.

2. Как при лапаротомной, так и при лапароскопической холецистэктомии с увеличением срока после операции наблюдается улучшение показателей качества жизни, но более выраженное после лапароскопической.

3. Осложнения после лапаротомной холецистэктомии составили 7,9%, а после лапароскопической 2,6%, различия эти достоверны ($P < 0,05$).

Литература:

1. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп [Текст] С.А. Аббасова // Хирургия. - 2011. - №9. - С. 83-85.

2. Бородач В.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста [Текст] В.А.Бородач, А.В.Бородач // Хирургия.- 2002. - №11. - С. 38-49.
3. Джаркенов А.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом осложненными холедохолитиазом [Текст] А.А. Джаркенов, А.А. Мовчун, М.В.Хрусталева // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2004.- №3. - С. 13-17.
4. Ермаков А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему [Текст] А.С. Ермаков, А.В. Упырев, П.А.Иванов // Хирургия.- 2004. - №5. - С. 4-9.
5. Мусаев А.И. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии [Текст] А.И. Мусаев, Д.В. Вишняков, Т.К. Керималиев // Методические рекомендации. - Бишкек, 2004. - С. 9.
6. Мясников А.Д. Опыт лапароскопической холецистэктомии при калькулезном холецистите [Текст] А.Д. Мясников, А.И.Бежин, А.А.Бондарев // Хирургия.- 2000. - №11. - С. 24-27.
7. Оморов Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т.Усенбеков. - Бишкек: ОсОО «Махима», 2005. - С. 337.
8. Осмонбекова Н.С. Качество жизни больных после холецистэктомии [Текст] Н.С. Осмонбекова, В.К. Попович, М.А. Чиников // Хирургия, 2013. - №9. - С. 24-28.
9. Страхов А.В. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при мининвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита [Текст] А.В. Страхов, В.П.Градусов, С.А. Теремов // Хирургия, 2006. - №2. - С. 11-13.
10. Уханов А.П. Отдаленные результаты видеолапароскопической холецистэктомии [Текст] А.П. Уханов // Эндоскопическая хирургия, 2005. - №1. - С. 148.
11. Ходаков В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] В.В. Ходаков, Ю.С. Рямов // Хирургия, 1997. - №8. - С. 47-49.
12. Gersin K.S. Laparoscopic endobiliary stenting as an adjunct to common bile duct exploration [Text] K.S. Gersin, R.A. Fantelli // Surg Endosc. - 1998. - №12. - P. 301-304.
13. Hawasli A. Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery [Text] A. Hawasli, L.Lloyd, B. Cacucci // Am Surg. - 2000.-V66. - №5. - P. 425-430.

Рецензент: к.м.н. Мамасалиев Ж.М.