

*Маматов Э.А., Закиров Ж.К., Алимбеков Ж.А.*

**БЕЙТАПТАРДЫН КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ  
ХОЛЕЦИСТИТИН БЫЧАМ ДАРЫЛООДО МИНИЛАПАРОТОМДУК  
КИРҮҮ ЖОЛУН КОЛДОНУУ**

*Маматов Э.А., Закиров Ж.К., Алимбеков Ж.А.*

**МИНИЛАПАРОТОМНЫЙ ДОСТУП В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*E.A. Mamatov, Zh.K. Zakirov, Zh.A. Alimbekov*

**MINILAPAROTOMIC ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH  
ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS**

УДК: 616.366-002-089.85

*Курч жана өнөкөт холецистит менен ооруган 300 бейтапты ыкчам даарылоонун жыйынтыгы берилген, операция минилапаротомдук (ыкчам) бару жолу менен жасалган. Конверсияга өтүп кетүү курч холецистит менен ооруган 130 бейтаптыкы 3-дө, жана өнөкөт холецистит менен ооруган 170 бейтаптын 2-дө байкалган. Ырбап кетүү курч холецистит 11 (8,5%) бейтапта жана өнөкөт холецистит 7 (4,1%) бейтапта катталган. Каза болу катталган эмес.*

**Негизги сөздөр:** *өт кабыкчасы, курч жана өнөкөт холецистит, минилапаротомдук кирүү жолу, ырбап кетүү.*

*Представлены результаты оперативного лечения 300 больных с острым и хроническим холециститом. Операции выполнены из минилапаротомного доступа. Переход на конверсию был у 3 из 130 больных острым холециститом и у 2 – хроническим из 170. Осложнения при остром холецистите имели место у 11 (8,5%) и при хроническом у 7 (4,1%). Летальных исходов не было.*

**Ключевые слова:** *желчный пузырь, холецистит острый, хронический, минилапаротомный доступ, осложнения.*

*Given results of operative treatment of 300 patients with acute and chronic cholecystitis, operations were performed from minilaparotomic access. 3 from 130 patients with acute cholecystitis and 2 from 170 patients with chronic cholecystitis had transition to conversion. 11 patients (8.5%) with acute and 7 patients (4.1%) with chronic cholecystitis had complications. There were no fatal cases.*

**Key words:** *gallbladder, acute and chronic cholecystitis, minilaparotomic access, complications.*

**Введение.** Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и в настоящее время остается высокой как среди лиц пожилого и старческого возраста, так и среди молодых и кроме того многие исследователи отмечают значительный рост больных с осложненными формами [1,2,5]. Лечение ЖКБ в большинстве

случаев хирургическое, так как при успешной ликвидации воспалительного процесса больные вновь поступают с осложненными формами, лечение которых еще более сложное [4,8].

Длительное время для удаления желчного пузыря применяли широкий лапаротомный доступ, но по мере накопления наблюдений было установлено, что наиболее часто осложнения возникают не в брюшной полости, а раневые, обусловленные травматичным доступом [3,4].

В последние годы большинство исследователей свои разработки направили на поиск и разработку менее травматичных, но в то же время обеспечивающих свободное выполнение всех этапов холецистэктомии и в этом плане была разработана лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия [7,8,9]. Многие исследователи, которые применяют минилапаротомные доступы отмечают, что этот доступ по своей эффективности не уступает лапароскопическому [6,7]. В этом плане идет накопление клинического материала и совершенствование техники операции.

**Цель работы** – представить результаты холецистэктомии выполненных из минилапаротомного доступа при остром и хроническом калькулезном холецистите в стационаре с кратковременным пребыванием.

**Материалы и методы обследования.**

Под наблюдением находилось 300 больных с ЖКБ осложненной острым и хроническим холециститом, оперированных в период 2014 и 2015 годы в многопрофильной клинике «КАМЭЖ», это стационар с кратковременным пребыванием. Из числа поступивших с острым холециститом было 130 и хроническим 170, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

**Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту (n=300).**

Пол	Всего		из них в возрасте						
	абс.ч	%	до 20лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70
Женщин	242	80,7	3	8	37	43	61	59	31
Мужчин	58	19,3	1	1	5	18	12	11	10
Итого, абс.ч.	300	100,0	4	9	42	61	73	70	41
%		100,0	1,3	3,0	14,0	20,3	24,3	23,3	13,8

Обращает на себя внимание, что женщин было в 4 раза больше, чем мужчин и большинство поступивших составили больные от 40 до 70 лет, а возраст колебался от 19 до 86 лет. Сроки заболевания при остром холецистите были от 6 часов до 5 суток, а при хроническом от одного года до 8 лет.

Основными жалобами при остром холецистите были боли в правом подреберьи, многократную рвоту, повышение температуры, а при хроническом – больные отмечали боли в правом подреберьи, частые приступы печеночной колики, после которых появлялась желтушность склер и кожных покровов, нарастающую слабость.

Обследование больных с хроническим холециститом проходило в амбулаторных условиях, а с острым холециститом – в клинике в день госпитализации. Обращали особое внимание на выявление сопутствующих заболеваний, которые чаще всего были у лиц пожилого и старческого возраста. Наиболее часто (28 чел.) имела место гипертоническая болезнь, общий атеросклероз (19 чел.), бронхолегочные заболевания (21 чел.), а другие заболевания были единичные.

Так же при обследовании больных с острым холециститом у 4 выявлены грыжи (пупочная), при хроническом у 11 (6,4%), что явилось основанием для выполнения симультанных операций.

Обследование больных включало детальное ознакомление с анамнезом заболевания, данные объективного обследования, анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты (билирубин, тимоловая проба, уровень трансаминаз, мочевины, креатинина) и основным методом диагностики было УЗИ при котором определяли расположение желчного пузыря, его размеры, характер содержимого, состояние желчных протоков и состояние печени: размеры, структура. Перед операцией выполняли дополнительно УЗИ и на кожу наносили контуры желчного пузыря, это позволило при выборе доступа максимально близко выйти на желчный пузырь и при этом избрать доступ - правый подреберный или верхне-срединный в зависимости от расположения желчного пузыря.

#### Результаты и их обсуждение.

В результате обследования острый холецистит был у 130 больных, из них заболевание было осложнено желтухой у 19 больных и местным перитонитом у 14. При остром холецистите мы придерживались следующей тактики: при выявлении окклюзионного холецистита выполняли операцию в первые часы поступления, если позволяло состояние больных, при клиническом проявлении признаков острого холецистита, холецистита с местным перитонитом. Выполняли кратковременную предоперационную подготовку (3-6 часов) и оперировали больных. Операции выполняли под эпидуральным обезболиванием. Мы отдаем предпочтение этому обезболиванию, как методу позволяющему рано активизировать больных,

что является профилактикой тромбозов и легочных осложнений.

Для выполнения холецистэктомии доступ в правом подреберьи был длиной 4-5см, при этом использовали специальные ранорасширители и осветительную систему. У 126 желчный пузырь удален от шейки и лишь у 4 от дна. Типы операции даны в таблице 2.

Таблица 2 - Типы операции при остром холецистите и осложнения после операции (n-130).

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения:				Всего
	абс.ч.	%	серо-ма	гематома	Нагноение раны	Инфильтрат	
Холецистэктомия	115	88,5	2	2	1	2	7
Холецистэктомия + наружное дренирование	2	1,5			1		1
Холецистэктомия+внутреннее дренирование	13	10,0		2		1	3
Итого	130	100,0	2	4	2	3	11 (8,5%)

Наибольшее число выполнена холецистэктомия (88,5%) и при этом у 4 холецистэктомия сочеталась с грыжесечением по поводу пупочной грыжи. Осложнения в ближайшие сроки были у 7, но все они были легко устранимы. У двух больных с желтухой, обусловленной холедохолитиазом, холецистэктомия дополнена наружным дренированием по Вишневному, а у 13 после холедохотомии множество мелких конкрементов были удалены, но при зондировании не было уверенности в полной проходимости холедоха, поэтому выполнено внутреннее дренирование (холедоходуоденоанастомоз), у двух из них выявлена была гематома в области операционной раны, а у одной инфильтрат. Всего осложнений в этой группе было 11, что составило 8,5%. При выполнении операций при остром холецистите переход на конверсию был у 3 больных, он был обусловлен у 2 больных обширным воспалительным процессом у шейки пузыря и у одной – выявлением перивезикулярного абсцесса. При исследовании желчного пузыря были выявлены следующие формы (табл. 3).

Таблица 3 - Формы острого холецистита.

Формы	Всего	
	абс.ч	%
Катаральный	24	18,5
Флегмонозный	49	37,7
Гангренозный	31	23,8
Эмпиема желчного пузыря	26	20,0
Всего:	130,0	100,0

Необходимо отметить, что катаральная форма обнаружена в основном при окклюзионном холецистите. Наибольший удельный вес занимала

флегмонозная форма (37,7%), но и гангренозная форма и эмпиема желчного пузыря были часто.

Уделяли внимание профилактике воспалительных осложнений, ранняя активизация больных после операции, а в момент операции вводили внутривенно озонированный физиологический раствор хлорида натрия с концентрацией озона 3-4мкг/мл 400,0-600,0 внутривенно, а после операции больные получали антибиотики цефазолин или цефтриаксон. Больных выписывали на 3-4 сутки после операции и далее они продолжали еще 3-4 дня получать антибиотики.

Вторую группу составили больные с хроническим калькулезным холециститом, они оперированы также в день госпитализации, типы операций даны в таблице 4.

**Таблица 4 - Типы операций при хроническом холецистите и характер осложнений (n-170).**

Типы операции	Всего		из них возникли осложнения:			
	абс.ч.	%	гематом	нагноение ран	инфильтрат	
Холецистэктомия	164	96,5	1	1	2	4
Холецистэктомия + наружное дренирование	2	1,2				
Холецистэктомия+внутреннее дренирование	4	2,3		1	2	3
Итого:	170	100,0	1	2	4	7 (4,1%)

И в этой группе больных большинству выполнена холецистэктомия и лишь у 2 холецистэктомия сочеталась с наружным дренированием холедоха по Вишневскому, а у 4 с внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз) в связи с тем, что больные отмечали появление желтухи после приступа печеночной колики, мелкие конкременты из холедоха удалены, но не было уверенности в восстановлении проходимости холедоха. Переход на конверсию потребовался у 2 больных в связи со сложностями раздельной обработки пузырьной артерии и протока. Меры профилактики были использованы те же, что и у больных острым холециститом.

В этой группе чаще выполняли холецистэктомию, у одной больной она сочеталась с пластикой влагалища, выполненной по поводу пролапса гениталий, а у 10 с грыжесечением (4 пупочная грыжа, 3 после операционная вентральная, 3 бедренная).

В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 7 (4,1%). Летальных исходов не было.

Среднее пребывание в стационаре при остром холецистите составило  $2,8 \pm 0,17$  койко-дней, а при хроническом  $2,1 \pm 0,22$ .

На контрольное обследование являлись на 7 и 21 сутки после операции, а в дальнейшем – при необходимости.

Таким образом, наши исследования показали возможность использования минилапаротомного доступа как при остром, так и хроническом холецистите с минимальным числом осложнений и перехода на конверсию.

#### Литература:

1. Бебуршвили А.Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита [Текст] А.Г. Бебуршвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина // Хирургия. - 2015. - №1. - С. 43-47.
2. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит [Текст] П.С. Ветшев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2005. - №1. - С. 16-23.
3. Ермолов А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему [Текст] А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Хирургия. - 2004. - №5. - С. 4-9.
4. Кузнецов Н.А. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии [Текст] Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов, А.Т. Бронтвейн // Хирургия. - 2011. - №3. - С. 3-7.
5. Майстренко Н.А. Холедохолитиаз [Текст] Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов // СПб: ЭЛБИ, 2000. - С. 288.
6. Тимербулатов В.М. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнения [Текст] В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, А.Г. Хасанов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2009. - №1. - С. 25-29.
7. Ходаков В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] В.В. Ходаков, Ю.С. Рямов // Хирургия, 2007. - №8. - С. 47-49.
8. Tyagi N.S. A new minimal invasive technique for cholecystectomy [Text] N.S. Tyagi, M.C. Meredith, J.C. Lumb // Ann. Surg. - 2004. - Vol. 220, №4. - P. 617-625.
9. Verma G.R. Biliary mishaps in laparoscopic cholecystectomy [Text] G.R. Verma // Trop. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 23, №1. - P.38-40.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.