

УДК 616.366-089.87 (575.2) (04)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ПРАКТИКУ

*Ж.С. Садырбеков* – канд. мед. наук, доцент,  
*Р.А. Султангазиев* – канд. мед. наук, ст. преподаватель,  
*А.Б. Буларкиев* – врач-ординатор,  
*А.Э. Раимкулов* – канд. мед. наук, ст. преподаватель,  
*М.Ш. Галиулин* – студент

The article illustrates an experience of implementing laparoscopic cholecystectomy, made to 24 people as a method of treatment of chronic calculous cholecystitis. Also comparative analysis of the results of operation with 24 patients to whom cholecystectomy had been made by means of laparotomic approach is shown.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний, для лечения которого используются различные методы как неинвазивные (медикаментозное растворение камней, экстракорпоральная литотрипсия), так и инвазивные (традиционная “открытая” холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, холецистостомия и др.), каждый из которых имеет свои преимущества, недостатки и ограничения к применению [1–4].

Первой клиникой в Кыргызской Республике, внедрившей лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в практику, является Национальный хирургический центр (НХЦ), осуществляющий в настоящее время большинство холецистэктомий лапароскопическим методом.

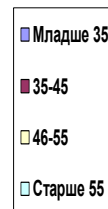
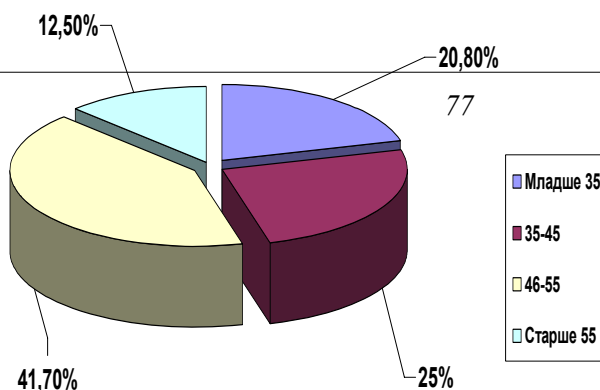
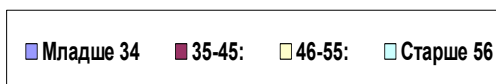
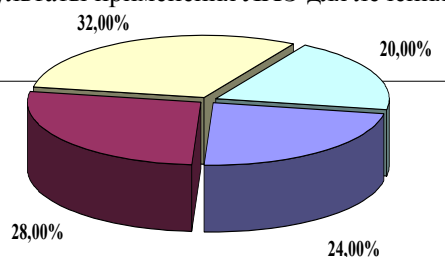
В практику отделения хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии (ХГЭиЭ) Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗКР) ЛХЭ внедрена в августе 2007 г. За прошедшее время было проведено 24 лапароскопии.

Цель данной работы – проанализировать результаты применения ЛХЭ для лечения желч-

нокаменной болезни в стационаре, а также влияние исходного статуса оперированных пациентов на течение послеоперационного периода.

**Материал и методы.** Для выполнения ЛХЭ использован эндохирургический комплект “ЭФА-М” производства Санкт-Петербург, Россия, выпуска 2006 г. В составе комплекта имеются: приборная стойка, ЖК-монитор 17 дюймов, аргоно-плазменный коагулятор, видеокамера, источник света, инсуффлятор, аспиратор, оптический прибор, лапароскопические инструменты. Комплект позволяет выполнять любые эндовидеохирургические (рино-, торако-, лапароскопические, эндоуретральные и гинекологические) вмешательства.

Проведен сравнительный анализ 48 (100%) больных, страдающих ЖКБ, из них 24 (50%) больные, оперированные по методике ЛХЭ (основная группа), 24 (50%) – открытым лапаротомным доступом (контрольная группа). Среди пациентов было 6 мужчин и 42 женщины. Распределение больных по возрастным категориям выглядело следующим образом. В основной группе (см. рисунок) младше 35 лет было 6 больных (24,0%), 35–45 лет –



а

б

Процентное соотношение больных по возрастным категориям:  
а – основная группа; б – контрольная группа.

6 (28,0%), 46–55 лет – 8 (32,0%) , старше 55 лет – 5 больных (20,0%), в контрольной соответственно 5 больных (20,8%), 6 (25,0%), 10 (41,7%), 3 (12,5%). Все больные проходили стандартное обследование, включавшее общие анализы крови (ОАК) и мочи (ОАМ), биохимические анализы крови (печеночные тесты, общий белок, сахар крови, протромбиновый индекс), инструментальные методы обследования (УЗИ печени и желчного пузыря, электрокардиографическое обследование, рентгенография органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия). При этом у 4 больных (17,0%) из основной группы зафиксирована незначительная гипохромная анемия (Hb в пределах 106–117 г/л, Эр – 3,7–4,0\*10<sup>12</sup>/л), у 6 больных (25,0%) – нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) различной степени (сахар крови в пределах 6,0–10,0 ммоль/л), у 2 больных (8,0%) – сосуществование этих признаков. Больных анемией среди пациентов контрольной группы было 5 человек (21%), с НТГ – 10 (42%) (см. табл. 1 и 2).

По данным УЗИ печени и желчного пузыря, у всех больных основной группы выявлены эхопризнаки хронического калькулезного холецистита. Конверсия (переход на “открытую” холецистэктомия) осуществлена у 3 пациентов, или 12,5% от общего числа больных основной группы, из них у одной больной в связи с возникшим в процессе операции обильным кровотечением, у одной – в результате интенсивного спаечного процесса в области

желчного пузыря, у одной больной – с обнаружением гемангиомы в VI сегменте печени. Количество койко-дней, проведенных больными основной группы, колебалось от 4 до 20, 10 дней и менее провели в отделении 15 больных (62,5%), более 10 дней – 11 больных (37,5%), контрольной группы 18 (75,0%) – 10 дней и менее, 6 больных (25,0%) – более 10 дней (табл. 3).

Таблица 1

Количество больных, имеющих нарушения толерантности крови

Группа	Абс. число	%
Основная	6	25
Контрольная	10	42

Таблица 2

Количество больных анемией

Группа	Абс. число	%
Основная	4	17
Контрольная	5	21

В основной группе послеоперационное желчеистечение по дренажу, прекратившееся самостоятельно на 3 сутки, наблюдалось у одной больной (4,17%), послеоперационное нагноение надпупочной раны – у одной больной (4,17%). В контрольной группе послеопераци-

Таблица 3

Количество койко-дней (в среднем), проведенных больными в отделении

Возраст, лет	Группа	
	Контрольная	Основная
Младше 34	8,3	6,3
35–45	9,8	11
45–55	10,3	12,4
Старше 56	9,7	12

онные нагноения ран выявлены у 4 больных (16,67%), послеоперационного желчеистечения не наблюдалось.

**Обсуждение и результаты.** Как в основной, так и контрольной группах больные выявленной анемией и НТГ составили значительную часть (более 40%), однако это не оказало значительного влияния на время пребывания пациентов в отделении ( $\Delta p > 0,05$ ). Вместе с тем была выявлена незначительная корреляция между возрастом пациентов и временем их пребывания в отделении ( $\Delta p < 0,05$ ).

Практически во всех возрастных группах (табл. 3) среднее количество койко-дней, проведенное больными контрольной группы в отделении значительно меньше, чем основной. Последнее обстоятельство было продиктовано необходимостью более тщательного наблюдения за пациентами в период освоения методики ЛХЭ. В целом же наблюдалась более ранняя активизация больных основной группы (на 2–3-и сутки после операции), более быстрое улучшение их самочувствия, раннее снижение и исчезновение болевого синдрома. На 3–4-е сутки большинство больных не предъявляли субъективных жалоб о своем самочувствии, могли активно передвигаться, физическая активность не вызывала у них каких-либо серьезных затруднений.

Конверсия (интраоперационное кровотечение и интенсивный спаечный процесс в области желчного пузыря) наблюдалась в трех случаях в период начала освоения методики ЛХЭ, чем, по-видимому, и объясняется решение оперирующего хирурга перейти к “открытой” холецистэктомии.

Послеоперационное желчеистечение по дренажу возникло, по всей видимости, из-за недостаточно прочного клипирования культи пузырного протока. Вследствие самопроизвольного прекращения желчеистечения необходимости в проведении экстренных мероприятий (лапаротомия, ревизия брюшной полост-

ти) не имелось. Пациентка находилась под постоянным наблюдением в течение всего послеоперационного периода. Последний протекал без каких-либо дополнительных осложнений. Повторных обращений этой пациентки в НГ МЗКР по данному поводу не зарегистрировано.

Послеоперационное нагноение надпупочной раны у одной из пациенток, оперированных методом ЛХЭ, могло быть обусловлено многими факторами, главными из которых является наличие НТГ (содержание глюкозы в крови – 10,0 ммоль/л), выявленное у пациентки при амбулаторном обследовании (последнее могло сказаться на характере и скорости заживления послеоперационной раны у больной). Четкой корреляции между исходным состоянием и нагноениями послеоперационных ран у больных контрольной группы выявлено не было.

Таким образом, в ходе анализа проведенных лапароскопических холецистэктомий выявлены следующие преимущества данного метода по сравнению с “открытой” холецистэктомией:

1. Меньшая степень инвазии в брюшную полость.
2. Меньшая травматизация передней брюшной стенки.
3. Более ранняя активизация пациентов.
4. Более быстрое заживление послеоперационных ран.
5. Косметическое преимущество оперативного доступа.

Однако этот метод имеет ряд недостатков:

1. Трудность ревизии органов брюшной полости.
2. Периодическое ухудшение изображения вследствие запотевания, загрязнения объектива камеры, задымления брюшной полости.
3. Невозможность пальпаторного исследования желчных протоков и/или при необходимости других органов брюшной полости.

Эти недостатки носят относительный, временный характер и перестают столь остро ощущаться по мере накопления хирургом опыта в осуществлении холецистэктомий данным методом. С накоплением опыта также снижается вероятность совершения хирургом ошибок в процессе выполнения операции.

**Литература**

1. Федоров И.В. Повреждение желчных ходов при лапароскопической холецистэктомии / И.В. Федоров, Л.Е. Славин, А.Н. Чугунов. – М., 2003. – 80 с.
2. Седов В.М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В.М. Седов, В.В. Стрижелецкий. – СПб., 2003. – 180 с.
3. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / Под ред. А.Е. Борисова. – СПб., 2002. – 416 с.
4. *Savalgi R., Ellis H. Clinical Anatomy for Laparoscopic Surgery.* – N.Y., 1996.