

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**А.В. Кравец**, ассистент;

**В.П. Кравец**, заслуженный врач Украины, канд. мед. наук, доцент;

**В.В. Кравец**, аспирант

Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы

*В работе проанализированы результаты оперативного лечения 82 больных острым холециститом, которым была проведена лапароскопическая холецистэктомия. Изложены преимущества лапароскопической холецистэктомии, а также описаны возникшие осложнения.*

*Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, диагностика, лечение.*

*В роботі проаналізовані результати оперативного лікування 82 хворих гострим холециститом, яким вивовнена лапароскопічна холецистектомія. Викладені переваги лапароскопічної холецистектомії, а також описані ускладнення, які виникли.*

*Ключові слова: гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, діагностика, лікування.*

### ВВЕДЕНИЕ

Острый холецистит (ОХ) занимает 2-е место в структуре экстренной хирургической патологии, что обусловлено увеличением числа больных (2-5% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости). Вопросы лечения являются актуальной проблемой хирургии [1,2].

В последнее время лапароскопические вмешательства при ОХ получили широкое применение. Еще нет единого мнения, относительно рациональности применения малоинвазивных вмешательств в лечении больных с острым деструктивным и осложненным холециститом [3,4,5].

Первую лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) произвел 1987 году французский хирург Мюре. После этого лапароскопическая хирургия начала широко развиваться. В 1993 году на кафедре госпитальной хирургии Одесского медицинского университета профессором В.В.Грубником выполнена первая ЛХЭ. Широкое внедрение лапароскопической хирургии началось в Киевском НИИ клинической и экспериментальной хирургии (1994 год) и клиниках Харькова (1995 год). Этот метод стал «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни в последнее десятилетие [6,7].

ЛХЭ имеет преимущества перед лапаротомной операцией. Так, в послеоперационном периоде в минимальной степени выражен болевой синдром, что способствует ранней активности и определению трудовой и социальной реабилитации, сокращению сроков лечения больных в стационаре и соответственно уменьшению затрат на лечение. Средние сроки пребывания на листке нетрудоспособности составляют 2-3 недели, по сравнению с 1,5-2 мес. при открытой холецистэктомии, что определяет социальную значимость метода [1,8].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать результаты лечения больных с ОХ и изучить целесообразность применения ЛХЭ.

## МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 82 больных ОХ. Из них женщин - 69 чел. (84,1%), мужчин - 13 (15,9%). Возраст больных был от 25 до 78 лет. Калькулезный холецистит диагностировали у 77 (93,9%) пациентов, а без конкрементов - 5 (6,1%).

Все больные, поступившие в хирургическое отделение, подвергались клиническому, лабораторному и инструментальному обследованию. Сопутствующие заболевания выявлены у 25 человек (30,5%). Им было назначено консервативное лечение после консультации различными специалистами.

ЛХЭ выполнялась под эндотрахеальным наркозом. Наиболее удобным для осмотра желчного пузыря является положение больного при приподнятом на 15-20 градусов головном конце операционного стола и опущенной на 20-25 градусов левой стороной стола. В таком положении больные пожилого и старческого возраста с сердечнососудистой и дыхательной недостаточностью лучше переносят наложение пневмоперитонеума, а кишечник и сальник смещаются влево и книзу.

Оперативное вмешательство выполнялось введением 4 троакаров после инсуффляции газа. Нижний троакар вводился выше пупка больным со спаечным процессом и значительным ожирением. Объем оперативного вмешательства окончательно определялся во время операции. Производилось клипирование пузырного протока и пузырной артерии. Пузырь удалялся от шейки коагуляционным крючком. Из-за инфильтрата удаление пузыря 5 больным проведено от дна. В случае повреждения пузыря приходилось его вытаскивать из брюшной полости в резиновом мешочке у 9 чел. Пункция желчного пузыря производилась в 18 случаях. Дренажное пространство подпеченочного пространства являлось обязательным и выполнялось перчаточными дренажами. Дренажная трубка вводилась на 2-3 см в Винслово отверстие, тем самым осуществляя дренирование и сальниковой сумки. На открытую холецистэктомию вынужденно перешли в 5 случаях (6,1% пациентов). Конверсия была связана с наличием инфильтрата в области гепатодуоденальной связки (2 больных), когда попытка закончить операцию эндоскопически могла привести к повреждению соседних органов; при значительном спаечном процессе в брюшной полости (1 пациент), глубоком внутрипеченочном расположении желчного пузыря (1 чел.), кровотечении из ложа после удаления желчного пузыря (1 чел.).

В послеоперационном периоде больным назначали анальгетики, внутривенные инфузии, антибиотики, физиотерапевтические процедуры, при проявлении панкреатита - 5% раствор аминокaproновой кислоты, контрикал, сандостатин, 5-фторурацил и др.

После ЛХЭ больные на второй день поднимались с постели. Принимали пищу на 1-2 день. Дренаж удаляли на 1-3 день, у некоторых позже, в зависимости от клинического течения послеоперационного периода. Обычно швы снимали на 3-4 день после операции, редко - позже.

Во время и после операции осложнения диагностировали у 7 (8,5%) лиц. Имели место следующие осложнения: истечение желчи через дренаж, кровотечение из ложа желчного пузыря, обострение панкреатита, инфильтрат брюшной полости. В троакарной ране диагностировали следующие осложнения: серома, инфильтрат, нагноение. Это происходило в результате инфицирования и травматизации краев раны при извлечении желчного пузыря из брюшной полости. У больных с сахарным диабетом и ожирением риск нагноения повышается.

Количество возникших осложнений связано с имеющимися техническими трудностями во время операции, особенно у больных с деструктивным воспалительным процессом в желчном пузыре и

желчевыводящих путях (наличии перивезикальных инфильтратов и абсцессов), а также ранее оперированных на органах верхнего этажа брюшной полости. Образование подпеченочных инфильтратов связано с недостаточной санацией, неустойчивостью гемостаза, желчеистечением из ложа, а также неадекватным дренированием. Лечение осложнений проводилось интенсивно, комплексно, по общепринятым методикам. Зарегистрировано 2 (2,4%) летальных исхода. Причиной смерти у одной больной явилась тромбоэмболия легочной артерии, вторая пациентка умерла от прогрессирования тяжелой сопутствующей патологии.

Представленные результаты подтверждают правомочность применения ЛХЭ у больных ОХ.

#### ВЫВОДЫ

ЛХЭ успешно прошла интеграцию в классическую хирургию органов брюшной полости и может с успехом применяться не только в первые дни заболевания, но и в более поздние сроки.

Использование ЛХЭ позволяет сократить средние сроки лечения и значительно улучшить реабилитационные показатели этой категории больных.

Во время операции при возникновении значительных технических трудностей необходимо своевременно переходить на открытое оперативное вмешательство.

#### SUMMARY

##### LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

*A.V. Kravets, V.P. Kravets, V.V. Kravets*  
*Sumy State University*

*Results of surgical treatment of 82 patients with acute cholecystitis, at which laparoscopic cholecystectomy was conducted are analyzed in the article. Advantages of laparoscopic cholecystectomy and also developed complications are described.*

*Key words: acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, diagnostics, treatment.*

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Способ малоинвазивной холецистэктомии при остром холецистите / А.К. Бабанич, О.Ч. Хаджиев, В.К. Войтенко и др. // Харківська хірургічна школа. - 2005. - №1.1. - С. 93-96.
2. Кондратенко П.Г. Роль і місце малоінвазивних втручань у хірургічному лікуванні гострого холециститу / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.Ф. Елин, А.А. Васильев // Практична медицина. - 2002. - №1. - С. 61-64.
3. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / А.С. Балалыкин, Б.В. Крапивин, А.В. Жандармов и др. // 8-й Моск. Междун. конгр. по эндоск. хир. (г. Москва, 21-23 апреля 2004г.). Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галленгера. - М., 2004. - С. 31-33
4. Грубник В.В. Оптимальный подход к лечению холедохолитиаза в эру лапароскопической хирургии: одно- или двухэтапные операции / В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук, С.В. Калинин, А.М. Ткаченко // Хірургія України. - 2007. - №1. - С. 31-35.
5. Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с деструктивными формами острого холецистита / В.О. Сипливиий, Г.Д. Петренко, Г.А. Гузь та ін. // Практична медицина. - 2005. - №1, Том IX. - С. 86-87.
6. Опыт выполнения лапароскопических вмешательств у больных с острым холециститом / В.И. Щербаков, А.В. Козаченко, О.Н. Песоцкий и др. // Харківська хірургічна школа. - 2005. - №1.1. - С.150-152.
7. Huang C.S. Long-term results of major bile duct injury associated with laparoscopic cholecystectomy / C.S. Huang, H.H. Lein, F.C. Tai, C.H. Wu // Surg. Endosc. - 2003. - Vol. 17, №9. - P. 1362-1367.
8. Малоінвазивні операції в невідкладній хірургії / М.І. Тутченко, О.А. Ткаченко, О.В. Васильчик та ін. // 36. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. - К., 2007. - Вип. 16, Кн.4. - С. 102-106.

*Поступила в редакцію 10 юня 2009 г.*