

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Шевченко В.П., доц; Братушка В.А., Кравец А.В., Шимко В.В.\**

*Сумская областная клиническая больница\**

Активное внедрение в хирургию новых технологий способствовало тому, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала основным методом оперативного лечения не только хронического но и острого холецистита.

В хирургической клинике выполнено 87 ЛХЭ при остром холецистите. Женщин было 81 (93,1 %), мужчин 6 (6,9 %). Возраст от 20 до 82 лет. У 34 (39,1%) имелись сопутствующие заболевания. Всем пациентам проводили УЗИ органов брюшной полости. Конкременты в желчном пузыре выявлены у 85 (97,7%) человек. До операции проводилась консервативная терапия направленная на уменьшение тяжести воспаления.

Оперативное вмешательство начинали с ревизии брюшной полости. У большинства больных выявлен спаечный процесс. Чаще желчный пузырь был спаян с большим сальником, реже с верхней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки. Катаральный ОХ диагностирован у 50 больных, флегмонозный - у 24, гангренозный – у 4. У 7 больных обнаружена эмпиема желчного пузыря, у 2 - деструкция его стенки с образованием парапузырного абсцесса. У 22 больных отмечен воспалительный инфильтрат, что обуславливало технические трудности и повышенную кровоточивость тканей во время выделения желчного пузыря.

Значительное напряжение стенки пузыря требовало осуществления пункции в области дна и аспирации содержимого. Тупым и острым путем выделяли тело пузыря из сращений максимально близко к стенке желчного пузыря. При выраженном деструктивном процессе в стенке пузыря его удаление осуществляли с помощью контейнера во избежание инфицирования брюшной полости и потери конкрементов. Проводили тщательную санацию подпеченочного, поддиафрагмального пространств. Операцию завершали дренированием поддиафрагмального и подпеченочного пространств с помощью полихлорвиниловых дренажей, в отдельных случаях в правом подреберье устанавливали перчаточко-трубчатый дренаж. Троакары удаляли из брюшной полости с обязательным осмотром на предмет возможного кровотечения из участков их введения.

Длительность операции составляла от 45 до 95 мин., в среднем 50 мин.

Конверсия была произведена в 3 (3,4%) случаях: из-за выраженного воспалительно-инфильтративного процесса в воротах печени.

Частота интраоперационных осложнения составила 3 (3,4%). Кровотечение из ложа желчного пузыря наблюдали у 2 больных, из пузырной артерии у - 1. Гемостаз удалось достичь путем прицельной коагуляции шариковым электродом, наложением клипс. У 2 больных наблюдалось послеоперационное желчеистечение из ложа пузыря, которое самостоятельно прекратилось в сроки от 3 до 5 суток. Инфильтрат окологрудиной раны был отмечен у 1 больного.

В послеоперационном периоде больным проводили инфузионную, антибактериальную и обезболивающую терапию. Средний срок пребывания больных составил  $6,2 \pm 2,1$ . Послеоперационной летальности не было.

Таким образом, ЛХЭ может успешно применяться при остром холецистите. Преимуществами ЛХЭ у больных ОХ по сравнению с открытой операцией являются: малая травматичность операции и отсутствие выраженного болевого синдрома, позволяющие активизировать больных в более ранние сроки для профилактики различных послеоперационных осложнений; сокращение продолжительности лечения больного в стационаре; ранняя трудовая реабилитация, что обуславливают выраженный экономический эффект.