

Ахмедов Ю.М.,  
 Карабаев Х.К.,  
 Тагаев К.Р.,  
 Мустафакулова ИЛ.,  
 Карабаев Б.Х.,  
 Абдурахманов. С.М.,  
 Аллабердиев Н.А.

# **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.),  
 СФРНЦЭМП (директор - проф. Ахмедов Ю.М.).

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в хирургии заболеваний желчевыводящей системы, проблема лечения острого холецистита полностью сохраняет свою актуальность [4,8].

Это обусловлено главным образом тем, что в Республике Узбекистан так же, как и в других странах мира, уже в течение многих лет отмечается неуклонный рост заболеваемости острым холециститом, что связано с увеличением числа больных желчекаменной болезнью [1,3,6]. В сущности, проблема острого холецистита - это в значительной мере проблема желчекаменной болезни (ЖКБ), поскольку у 85-90% больных с острым холециститом в желчном пузыре имеются камни, а сам острый приступ холецистита примерно в 2/3 случаев является провоцирующим проявлением ЖКБ [7].

Не смотря на это, ЛХЭ, занимая достойное место в

В экстренной хирургии острый холецистит занимает второе место по частоте после острого аппендицита. Весьма существенными сторонами проблемы острого холецистита является сравнительно высокий процент летальности и недостаточная удовлетворенность результатами оперативного лечения [5].

Одним из методов лечения ЖКБ, острого холецистита является холецистэктомия. До введения лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - открытая холецистэктомия являлась золотым стандартом для лечения ЖКБ [2].

Благодаря внедрению современных методов УЗ-диагностики, а также лапароскопических операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5-4%, а в некоторых ведущих центрах - до 1,1% и менее (табл. 1).

было 31 (23,5%), женщин 101 (76,5%). Соотношение

Таблица 1

**Летальность больных острым холециститом (по А.А. Кучичеву, 2010)**

| Авторы                     | Г оды     | Страна         | Число больных | Летальность. % |
|----------------------------|-----------|----------------|---------------|----------------|
| Meyer K.A. с соавт.        | 1958-1964 | США            | 245           | 4,49           |
| Ransohoff D.F. с соавт.    | 1960-1981 | США            | 298           | 3,36           |
| Gagic N. с соавт.          | 1966-1971 | США            | 93            | 9,68           |
| Girard R.M., Morin M.      | 1970-1986 | Канада         | 1691          | 0,65           |
| Addison N.V, Finan P.J.    | 1971-1990 | Великобритания | 236           | 4,66           |
| Bedirli A. с соавт.        | 1991-1994 | Турция         | 368           | 2,72           |
| Gharaibeh K.I. с соавт.    | 1993-2000 | Иордания       | 204           | 0              |
| Кузин Н.М., Кузнецов Н.А.  | 1990-1995 | Россия         | 4733          | 5,72           |
| Гостищев В.К., Евсеев М.А. | 1999-2001 | Россия         | 197           | 3,3            |
| Hafif A. с соавт.          | 1952-1967 | Израиль        | 131           | 3,82           |
| Gingrich R.A. с соавт.     | 1976-1985 | США            | 114           | 32,1           |
| Glenn F. с соавт.          | 1977-1987 | США            | 655           | 9,92           |
| Kalliafas S. с соавт.      | 1981-1987 | США            | 27            | 40,74          |
| Inoue T., Mishima Y.       | 1989-1993 | Япония         | 494           | 23,08          |
| Savoca P.E. с соавт.       | 1994-1999 | США            | 47            | 6,38           |

лечении ЖКБ, не находит широкого использования в лечении острого холецистита (ОХ).

Цель исследования. Оценить эффективность использования лапароскопической холецистэктомии в лечении острого калькулезного холецистита.

Материал и методы. Нами проанализирован» результаты лечения 132 пациентов с острыми холециститом, находившихся в СФ РНЦЭМП (табл. 21 Мужчин

мужчин и женщин составило Г.3. Средний; возраст больных - 54,5 лет.

Таблица!

**Распределение больных с острым холециститом по возрасту и полу, n=132**

| Возраст, лет | Контрольная группа,<br>n = 62 |                | Основная группа,<br>n = 70 |                |
|--------------|-------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
|              | Муж., абс. (%)                | Жен., абс. (%) | Муж., абс. (%)             | Жен., абс. (%) |
| До 20        | 1 (0,8)                       | 1(0,8)         | 1 (0,8)                    | 1 (0,8)        |
| 21-45        | 4(3,0)                        | 9 (6,8)        | 4(3,0)                     | 10(7,6)        |
| 46-65        | 5 (3,8)                       | 20(15,1)       | 5 (3,8)                    | 23 (17,4)      |
| 66-79        | 3 (2,3)                       | 10(7,6)        | 4(3,0)                     | 12(9,1)        |
| 80 и старше  | 2(1,5)                        | 7(5,3)         | 2(1,5)                     | 8 (6,0)        |
| ИТОГО        | 15(11,4)                      | 47 (35,6)      | 16(12,1)                   | 54 (40,9)      |

Распределение обследованных больных по полу и возрасту представлено в таблице 2. Как видно из таблицы, среднее значение возрастных показателей у лиц основной и контрольной групп не отличалось большим размахом (аг 48,5 до 49,4 года).

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 2 часов до 2 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Анализ результатов сканирования из 132 больных у 130 (98,5%) имелись признаки деструкции стенки желчного пузыря. Толщина стенки желчного пузыря превышала 4 мм, отмечалась её выраженная неоднородность и «слоистость», наличие анэхогенных зон и участков, размытость и нечеткость её внутреннего контура. У 36 (27,3%) пациентов, кроме деструктивных изменений стенки желчного пузыря имелись местные перивезикальные изменения. Последние визуализировались в виде гиперэхогенных зон с нечеткими и неровными контурами. При развитии воспалительного инфильтрата и в виде анэхогенных участков различной формы, в случаях появления скоплений жидкости в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости определялась свободная

по экстренным показаниям после предоперационной подготовки в течение 6-8 ч после поступления.

Расхождение клинических, интраоперационных и УЗИ данных было у 10 (7,6%) пациентов. Перитонит, околопузырный абсцесс, инфильтрат в области гепатодуоденальной связки служили показанием к холецистэктомии. Больным обтурационным холециститом после предоперационной подготовки в течении 4-6 часов предлагалось ЛХЭ независимо от результатов лечения. Больным с холангиолитиазом проводилась двухэтапное лечение - выполнялись ЭРХПГ и ЭПСТ в первые сутки после поступления и вторым этапом ЛХЭ.

Таким образом, ультрасонографические исследования обладали наибольшей диагностической ценностью. С помощью УЗИ выявлено: гангренозный холецистит у 36 (27,3%) пациентов, (флегмонозный - у 65 (49,2%), катаральный - у 31 (23,5%), эмпиема желчного пузыря у 8 (6,0%), околопузырный абсцесс у 25 (18,9%), перитонит у 17 (12,9%), холедохолитиаз у 37 (28,1%) (табл. 3).

Оперативному лечению были подвергнуты 130 (98,5%) больных ОХ.

Таблица 3

торные анализы, УЗИ, а также РПХГ. В основную группу включены 70 больных, у которых в комплекс

Больные были разделены на две группы.

#### Клинико-морфологические формы острого холецистита и его осложнения, n=132

| Осложнение                 | Холецистит  |              |              | Всего, n, (%) |
|----------------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
|                            | катаральный | флегмонозный | гангренозный |               |
| Местный перитонит          | -           | 8            | 9            | 17(12,9)      |
| Механическая желтуха       | 5           | 21           | 11           | 37(28,1)      |
| Паравезикальные осложнения | -           | 13           | 12           | 25 (18,9)     |
| Эмпиема пузыря             | -           | 6            | 2            | 8 (6,0)       |
| Без осложнений             | 26          | 17           | 2            | 45 (34,1)     |
| Всего, абс. (%)            | 31 (23,5)   | 65 (49,2)    | 36(27,3)     | 132(100)      |

Контрольную группу составили 62 пациента,\*у которых диагностика и лечение проводились традиционным методом, включавшим сбор анамнеза, физикальное обследование, лаборатория. Пациенты оперированы

инструментальных исследований, помимо перечисленных выше, были включены доплерография и МСКТ (табл. 4).

Таблица 4

У 63 (47,7%) больных острый калькулезный холецистит проявлялся в виде приступов желчной колики с

потемнением мочи с приступообразным течением заболевания в анамнезе отмечались у 62 (46,9%) боль-

#### Методы инструментальной диагностики острого холецистита

| Метод                       | Контрольная группа | Основная группа | Всего |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|-------|
| Ультразвуковое исследование | 62                 | 70              | 132   |
| Допплерография              | -                  | 15              | 15    |
| Компьютерная томография     | -                  | 20              | 20    |
| РПХГ                        | 10                 | 25              | 35    |

локализацией болей в правом подреберье и иррадиацией в правую надключичную область, плечо или лопатку, повышением температуры и диспептическими проявлениями. Периодичность болевых приступов была различной - от многократных в течение суток до одного приступа в течение 2-3 дней. Постоянные симптомы ОХ - тошнота и повторная рвота, которая не приносила облегчения, наблюдались у 66 (50,0%) пациентов. Признаки преходящей гипербилирубинемии, выражающиеся в появлении желтушности кожи и склер и сопровождавшиеся обесцвечиванием кала и

ных. Частота пульса колебалась от 90 до 125 ударов в минуту и более, а у 17 (12,9%) больных были признаки перитонита.

Специфические признаки ОХ, такие как симптом Орнтера у 43 (32,6%), симптом Мэрфи у 53 (40,2%),

френикус-симптом у 25 (18,9%), симптом Щеткина у 16 (12,1%) были неодинаковыми, что зависело от характера морфологических изменений в желчном пузыре и возможном переходе воспаления на париетальную брюшину.

У некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца тлела место у 29 (21,9%) больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5 (3,8%), гипертоническая болезнь у 9 (6,8). У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 - хронические заболевания легких. Всем этим больным

проводили соответствующую предоперационную подготовку.

**Результаты.** Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ.

В контрольной группе (62 больных) тактика ведения основывалась на традиционных подходах. Открытому оперативному вмешательству были подвергнуты 25 (40,3%) больных контрольной группы и 14 (20,0%) - основной. Эндовидеохирургические вмешательства в контрольной группе выполнены 37 (59,7%), в основной - 56 (80,0%) больным.

Таблица 5 у

| Характер оперативных вмешательств |                                                                            | больных острым холециститом |      |                       |      |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|-----------------------|------|
| Операция                          | Характер оперативных вмешательств                                          | Контрольная группа, n=62    |      | Основная группа, n=70 |      |
|                                   |                                                                            | абс.                        | %    | абс.                  | %    |
| Открытые (традиционные)           | Открытая холецистэктомия                                                   | 16                          | 25,8 | 7                     | 10,0 |
|                                   | Холецистэктомия из минидосгупа                                             | 5                           | 8,1  | 3                     | 4,3  |
|                                   | Холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому                     | 2                           | 3,2  | 1                     | 1,4  |
|                                   | Открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, билиодигестивный анастомоз    | 1                           | 1,6  | 1                     | 1,4  |
|                                   | Открытая холецистэктомия, наружное дренирование холедоха                   | 1                           | 1,6  | 2                     | 2,9  |
| Эндовидеохирургические            |                                                                            | 35                          | 56,5 | 56                    | 80,0 |
|                                   | Лапароскопическая холецистэктомия Конверсия (лапароскопическая в открытую) | 2                           | 3,2  |                       |      |

Из 37 (59,7%) ЛХЭ контрольной группы вследствие выраженного воспалительного инфильтрата в зоне гепатодуоденальной связки, а также возникших осложнений в виде кровотечений из ложа пузыря конверсия осуществлена у 2 (3,2%) больных.

При малоинвазивных хирургических вмешательствах в основной группе в случае вышеуказанных технических трудностей, с которыми не удалось справиться в течение первых 20-30 мин, при возникновении осложнений, которые не поддавались быстрой коррекции, мы переходили на традиционный доступ, отдавая предпочтение верхнесрединному разрезу.

Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 2,5 койко-

дня. Количество ранних послеоперационных осложнений: абсцессы и гематомы подпеченочного пространства, продолжительного желчеистечения из ложа, соскальзывание лигатуры из культи пузырного протока, постхолецистэктомический панкреатит уменьшилось с 6,6 после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической. Летальности за текущий период не было.

Немаловажным моментом является то, что в финансовом отношении себестоимость ЛХЭ на несколько порядков ниже ОХЭ.

**Выводы.** Использование эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым холециститом позволяет у большинства пациентов успешно выполнять радикальную операцию при остром воспалении желчного пузыря.

### Литература

1. Акилов Х.А., Артыков Б.Я., Акбаров М.М. Современные аспекты хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Хирургия Узбекистана. - 2004. - №2. - С. 13-15.
2. Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э. Лечение деструктивных форм острого калькулезного холецистита с применением малоинвазивных технологий // "Вахидовские чтения - 2007: Новые технологии в хирургии": Мат. Респ. научи, практ. конф. - Ургенч, 2007. - С. 6.
3. Васильев В.В. Варианты хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Вести, хир. им. И.И. Грекова - 2007. - т. 166, №2. - С. 31-34.
4. Гоститев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. - 2001. - №9. - С. 30-34.
5. Исламов М.Т. Оптимизация диагностики и минимально-инвазивной хирургии желчнокаменной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, - 2007. - 16 с.
6. Куччиев А.А. Современные технологии в диагностике и лечении острого холецистита. Дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук, Ташкент, 2010. - 115 с.
7. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом. Актуальные проблемы хирургической гепатологии Тездокл. 14-го междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ // Анналы хир. гепатол., 2007 - Т.12, Кs3, - С.92.
8. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.Б. и др. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Вести, хир. им. И.И. Грекова - 2007. - Т. 166. №3. - С. 66-69.