

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

---

**ВТОРОЙ ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**На правах рукописи**

**УДК: 616.366-002:616.381-072.1**

**КАСИМОВ ДАВРОН АБДУНОСИРОВИЧ**

***ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ***

**14.00.27. – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание  
ученой степени кандидата  
медицинских наук**

**Ташкент-2001**

Работа выполнена во II-Ташкентском Государственном медицинском институте на базе кафедры госпитальной и факультетской хирургии

**НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:**

**ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК:**

**КРОТОВ Н.Ф.**

**ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:**

**ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР:**

**ШУЛУТКО А.М.**

**ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР:**

**АТАЛИЕВ А.Е.**

**ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ**

**РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ РАМН**

Защита состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2001 года в 13.00 часов на заседании Специализированного Совета Д.087.09.01. при Втором Ташкентском Государственном медицинском институте.

Адрес: Республика Узбекистан. г. Ташкент, 700059, ул. Фароби, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке II-ТашГосМИ.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2001 г.

Ученый секретарь

Специализированного Совета,

доктор медицинских наук, профессор

**Асраров А.А.**

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Актуальность проблемы**

Проблема острого холецистита на протяжении последних лет является актуальной, как вследствие широкого распространения заболевания, так и в связи с наличием множества спорных вопросов в тактике введения и лечения больных данной категории (Каримов Ш.И., 1999; Арипов У.А., 1999; Бобырин А.В., 2000; Chahin F., 1999).

Несмотря на заметные успехи в лечении острого холецистита, достигнутые в последние десятилетия, возникает много разногласий в вопросе выбора тактики и сроков выполнения оперативных вмешательств. Это обусловлено существующей на сегодняшний день активно-выжидательной тактикой во введении больных с острым холециститом. Рекомендуемое при этом выполнение хирургических вмешательств желательно в "холодном" периоде, позволяет значительно улучшить прогноз лечения заболевания (Галлингер Ю.И., 1999; Устинов Г.Г., 1999; Гальперин Э.И., 2000; Buanes T. 1996; Garcia N., 1997). Однако в настоящее время показано, что не инфекция, а гипертензия в заблокированном пузыре является пусковым механизмом деструктивного холецистита. В этой ситуации консервативная терапия не приводит к купированию острого процесса, а затягивание с проведением операции создает предпосылки для развития осложненных форм заболевания (Белов Е.Н., 1999; Брехов Е.И., 1999; Madani A., 1999).

Широкое внедрение в клиническую практику эндовизуальной техники позволило ряду клиницистов пересмотреть некоторые общепринятые правила хирургической тактики при остром холецистите. Если на ранних этапах внедрения лапароскопической холецистэктомии в клиническую практику, острый холецистит являлся противопоказанием к ее проведению, то на сегодняшний день возможность выполнения лапароскопической холецистэктомий при остром холецистите бесспорна (Шулутко А.М., 1999; Миланов О.Б., 2000; Akida S. Y., 2000). Однако, первые успешно выполненные лапароскопические операции при остром холецистите поставили перед хирургами ряд проблем. В частности, при выраженных деструктивных процессах в желчном пузыре не удается идентифицировать элементы шейки, что увеличивает вероятность повреждения элементов гепатодуоденальной связки и в большинстве случаев заставляет хирургов прибегать к конверсии; наличие инфекции в желчном пузыре и парапузырной зоне, в связи с распространением патологического процесса по брюшной полости, ведет к развитию различных гнойных осложнений (Филлипов С.И., 1999; Харченко В.П., 1999).

Все это диктует необходимость пересмотра тактики ведения и лечения больных с острым калькулезным холециститом, усовершенствования технических моментов лапароскопических операций при выраженных

деструктивных процессах в желчном пузыре и парапузырной зоне, а также требует разработки эффективных методов интраоперационной санации желчного пузыря и парапузырной зоны, что и предопределило предмет данного научного исследования.

### **Цель исследования**

Улучшение результатов оперативного лечения больных с острым холециститом путем замены открытой холецистэктомии на лапароскопическую и усовершенствование технических моментов ее проведения.

### **Задачи**

1. Разработать показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

2. Определить наиболее рациональные сроки проведения лапароскопической холецистэктомии в зависимости от формы острого холецистита.

3. Изучить характер микрофлоры содержимого желчного пузыря при остром воспалении и разработать методики целенаправленного воздействия.

4. Усовершенствовать технические моменты проведения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

5. Определить наиболее частые осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и разработать пути их профилактики.

6. Провести сравнительную оценку непосредственных и отдаленных результатов открытой и лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

### **Научная новизна исследования**

-Разработаны показания, противопоказания, оптимальные сроки проведения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите в зависимости от формы процесса;

-Усовершенствована техника проведения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите;

-Изучены возможные осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и разработаны пути их профилактики. В частности, с целью профилактики гнойных осложнений, показана возможность и эффективность применения для санации полости желчного пузыря электролизного водного раствора гипохлорита натрия и брюшной полости озонированного раствора;

- в сравнительном аспекте показано преимущество предложенной тактики при остром холецистите, в отличие от традиционно используемой.

### **Практическая значимость**

Разработанная тактика ведения больных с острым холециститом позволяет добиться значительного улучшения результатов лечения больных, сократить сроки лечения с  $18.2 \pm 5.6$  до  $6.1 \pm 1.9$ , снизить частоту послеоперационных осложнений с 26% до 1,3%.

Разработанная оригинальная методика выполнения лапароскопической холецистэктомии при деструктивных формах холецистита позволяет снизить травматичность и продолжительность операций, уменьшить частоту гнойно-септических осложнений и сократить до минимума процент конверсий.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Сравнительная оценка традиционной и лапароскопической холецистэктомии позволяет выявить преимущество эндоскопических операций и рекомендовать лапароскопическую холецистэктомию как метод выбора лечения острого обтурационного калькулезного холецистита.

2. Разработанный оригинальный метод выполнения ЛХЭ позволяет лапароскопическим путем выполнять даже технически трудно выполнимые операции, снизив процент конверсий до минимума.

3. Санация полости желчного пузыря 0.4% ЭВР гипохлорита натрия предупреждает загрязнение брюшной полости инфицированным содержимым желчного пузыря, а санация его ложа и подпеченочного пространства озонированным раствором предупреждает распространение патологического процесса в брюшную полость.

4. Разработанная тактика ведения и оперативного лечения больных с острым обтурационным холециститом позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных и уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность.

### **Внедрение результатов работы**

Реализация результатов работы: Реализация основных положений диссертационной работы в практику Здравоохранения осуществлена путем внедрения их в 2-клинике II-ТашГосМИ. По материалам диссертационной работы опубликовано 2 журнальные статьи и 2 тезиса в сборнике.

Апробации диссертационной работы проведены на кафедре госпитальной и факультетской хирургии II-ТашГосМИ, на II-кафедре хирургических болезней ТашИУВ, на кафедре общей хирургии I-ТашГосМИ и на кафедре хирургических болезней ТашПМИ.

Объем и структура диссертации: Работа изложена на 139 страницах компьютерного шрифта Courier New № 14, состоит из введения, обзора литературы, результатов исследований (4 глав), заключения, выводов и практических рекомендаций, указателя литературы (90 отечественных и 157 иностранных), содержит 5 таблиц и 22 рисунка.

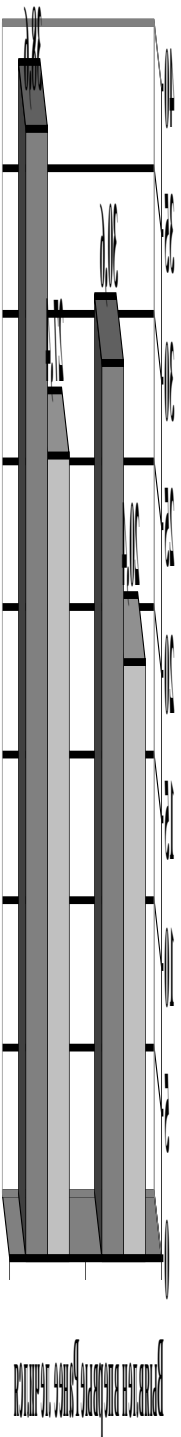
## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Клинический материал**

Основу данной работы составляют результаты клинико-инструментального обследования и хирургического лечения 126 пациентов с острым обтурационным холециститом, поступивших в экстренное хирургическое отделение 2-клиники II - ТашГосМИ за период с 1993 по 2000 гг.

Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Контрольную группу составили 50 пациентов, которым было произведена традиционная «открытая» холецистэктомия за период с 1993 до 1994 гг. с использованием лапаротомного доступа. Основную группу составили 76 пациентов, которые подвергнуты лапароскопической холецистэктомии за период с 1995 по 2000 гг.

Из 126 больных мужчин было 40 (31,7%), женщин 86 (68,3%). Возраст больных колебался от 25 до 84 лет. При сборе анамнеза заболевания выявлено, что у 73 (57,9%) пациентов болевой приступ возник впервые, у 10 (7,9%) пациентов отмечался второй приступ, а у 43 (34,2%) пациентов болевой приступ был множественный. 52 (41,3%) пациентов обратились в клинику до 24 часов от начала заболевания, а 74 (58,7%) пациента более чем через 24 часа. 53 (42%) пациента ранее лечились по поводу острого холецистита стационарно или амбулаторно, а у 73 (58%) острый холецистит выявлен впервые в нашей клинике. Из 126 пациентов у 30 (23,8%) имели место в анамнезе перенесенные различные операции на брюшной полости: аппендэктомия – 15, грыжесечение – 8, резекция желудка – 1, эхинококкэктомия из печени – 1, кесарево сечение – 4, ампутация матки – 1. В ходе обследования пациентов нами выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – 24 (19,0%), ИБС – 25 (19,8%), ожирение – 12 (9,5%).



По морфологической картине желчного пузыря в контрольной группе у 6 (12%) больных была катаральная форма острого холецистита, в 21 (42%) наблюдении - флегмонозная форма и у 23 (46%) больного была гангренозная форма. В основной группе катаральная форма острого холецистита была у 9 (11.8%) больных, флегмонозная – у 28 (36.8%) пациентов, гангренозная – у 39 (51.4%) больных. Причем, в группе, где выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по предложенной нами методике, во всех случаях была гангренозная форма острого холецистита.

### **Методы обследования больных.**

Клинические методы обследования. Обследование пациентов с острым холециститом включало в себя общеклинические исследования, проведение общепринятых лабораторных исследований, ЭКГ, ЭГДФС. Одним из основных методов исследования больных с острым калькулезным холециститом было УЗИ. Исследование выполнялось на ультразвуковом аппарате Interscan 250 (фирма NORMAN, Германия).

Микробиологические исследования: Бактериологический анализ осуществлялся согласно приказу МЗ СССР № 535 (1985) "Об унификации методов бактериологических исследований".

С целью оценки эффективности санации желчного пузыря и парапузырной зоны антисептиками (ЭВР гипохлорита натрия и озонированными растворами), нами были проведены 185 бактериологических исследований у 37 пациентов в основной группе, оперированных по поводу деструктивных форм острого обтурационного холецистита. Материал для посевов брали во время оперативного вмешательства. Последовательность забора материала была следующая:

1. После пункции желчного пузыря проводился забор его содержимого для изучения характера микрофлоры, вызвавшей деструктивный процесс.

2. С целью оценки бактерицидного действия ЭВР гипохлорита натрия и определения его эффективности для санации желчного пузыря, после промывания его просвета 0.4% ЭВР гипохлорита натрия в течение 5 минут, проводилась двукратное промывание полости желчного пузыря физиологическим раствором и забор последней порции на посев.

3. После выполнения холецистэктомии с ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства проводился третий бактериологический посев.

4. С целью оценки эффективности санации ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства после промывания их озонированным раствором, проводился повторный посев с указанных областей.

5. Для оценки выраженности бактериального поражения стенок желчного пузыря проводили посев из гомогенизата его стенок.

Статистическая обработка клинического материала осуществлена на персональном компьютере Pentium II-333 в операционной системе Windows NT

4.0 с помощью программного пакета Microsoft Excel 97 Pro, включая использование встроенных функций статистической обработки. Достоверность отличий между группами по изучаемым признакам проводилась с использованием критерия Стьюдента-Фишера, достоверными считались отличия при вероятности совпадения менее 5% ( $P < 0.05$ ).

## ***РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ***

### **Разработка нового метода ЛХЭ.**

Анализ осложнений традиционных ЛХЭ (ТЛХЭ) способствовал усовершенствованию технических моментов этих операций. Нами была разработана оригинальная методика выполнения ЛХЭ (ОЛХЭ) (Авторское свидетельство № .....).

Техника выполнения оригинальной ЛХЭ. Помимо четырех стандартных троакаров, при выполнении разработанного нами способа лапароскопической холецистэктомии, вводили пятый троакар на 4-5 см выше уровня пупка по средне - ключичной линии слева для введения аспиратора, позволяющего отсасывать и промывать зону операционного действия, поддерживая его постоянно сухим. Оперативное вмешательство начиналось традиционным способом. Тупым и острым путем производили выделение желчного пузыря от окружающих тканей. В области дна желчного пузыря осуществляли его пункцию, аспирировали содержимое и проводили промывание полости желчного пузыря 0,4% электролизным водным раствором гипохлорита натрия.

После освобождения желчного пузыря от окружающих тканей, на 1,5 - 2 см выше шейки на передней поверхности в поперечном направлении крючком перфорировали стенку желчного пузыря. Отверстие в пузыре с помощью эндокрючка под электрокоагуляцией расширяли до 1,5 - 2 см в поперечном направлении. Дно пузыря, захваченное зажимом, оставляли запрокинутым под диафрагму вправо, а вторым зажимом фиксировали проксимальный край рассеченной стенки желчного пузыря. В брюшную полость вводили контейнер, в который перемещали конкременты из полости желчного пузыря. Контейнер временно помещали в правой половине брюшной полости. В области печеночно-пузырного перехода с обеих сторон в продольном направлении, Т - образно, по отношению к разрезу в стенке тела желчного пузыря, производили рассечение эндокрючком серозной оболочки пузыря на протяжении 2 - 3 см. Подтягивая зажимом, захваченным за проксимальный край рассеченного участка пузыря, диссектором отделяли заднюю стенку от ложа, создавая как бы тоннель. После чего под коагуляцией осуществляли циркулярное пересечение стенки тела пузыря. При этом происходило пересечение либо ствола, либо ветвей пузырной артерии, что при недостаточной коагуляции может давать значительное кровотечение, останавливаемое дополнительной коагуляцией. В дальнейшем, дистальный конец желчного пузыря, захваченный зажимом, использовался для отведения печени и создания условий для проведения операции. Зажим на проксимальной части, переносился с передней на заднюю стенку. Диссектором производилось выделение проксимальной части пузыря по направлению к шейке. Препаровка элементов шейки желчного пузыря осуществлялась сзади, что обычно не вызывало каких-либо трудностей. Первым этапом выделялась, клипировалась, пересекалась пузырная артерия. Далее проксимальная часть пузыря представляла собой воронку, основанием которой являлся пузырный проток, легко дифференцируемый как снаружи, так и изнутри пузыря. Окружающие пузырный проток ткани тупым путем смещались по направлению к холедоху. На пузырный проток накладывались две клипсы, он пересекался, и проксимальная часть пузыря удалялась.



Дистальная половина пузыря отделялась от ложа традиционным путем с последующей коагуляцией. Ложе пузыря промывалось озонированными растворами.

По данной методике нами проведено 37 холецистэктомий. Учитывая то, что клинические результаты ОЛХЭ не отличались от результатов ТЛХЭ отдельного сравнительного анализа между лапароскопическими холецистэктомиями не проводилось.

### **Анализ клинических результатов**

Основными критериями оценки характера патологического процесса в желчном пузыре мы считали размеры желчного пузыря, толщину его стенок, наличие и локализация конкрементов в нем, степень парапузырной инфильтрации, размеры холедоха по данным УЗИ. Для решения вопроса о тактике оперативного лечения необходимо было учитывать высоту, ширину и толщину стенки желчного пузыря, размеры парапузырной инфильтрации.

Клиническая картина перитонита и наличие свободного выпота в брюшной полости по данным УЗИ являлось абсолютным показанием к выполнению традиционной лапаротомной холецистэктомии. При наличии признаков острого обтурационного холецистита вопрос решался в пользу лапароскопической холецистэктомии. Большой размер желчного пузыря, выраженная парапузырная инфильтрация, невозможность идентификации его элементов, большие размеры толщины стенки были показанием к выполнению ОЛХЭ. Противопоказанием к выполнению ЛХЭ, кроме общепринятых, мы считаем продолжительность последнего приступа более 3-х суток.

Анализ результатов бактериологических исследований показал, что в первой группе посевов в 91,4% случаях отмечен рост аэробной культуры. В 6,5% роста аэробной микрофлоры не обнаружено. В 1 случае (2,1%) посев содержимого желчного пузыря был отрицательным. Бактериологический анализ на анаэробные культуры в этих случаях дал положительный результат. Во всех случаях был обнаружен рост *Bacteroides* sp. Из общего числа аэробов наиболее чаще, в 69,7% посевов выделены ассоциации грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов (*E. coli*, *S. aureus*, *S. fecalis*, *Klebsiella* sp., *Enterococcus* sp., *Corynebacterium* sp.), в 30,3% случаях обнаружено, что патологический процесс в желчном пузыре был обусловлен одним из вышеуказанных культур. Во всех исследованиях средняя концентрация микроорганизмов была в среднем  $10^7$ - $10^8$  микробных тел/мл.

После санации просвета желчного пузыря 0,4% ЭВР гипохлорита натрия роста анаэробной микрофлоры не отмечено, что было обусловлено окислительными свойствами данного антисептика. Анализ на аэробные культуры показал, что лишь в 8,6% случаев выявлена смешанная инфекция, состоящая из культур энтерококков и клебсиелл. Причем концентрация их достигала лишь до  $10^3$ - $10^4$  микробных тел/мл. В 43 (91,4%) случаях посев с

полости желчного пузыря был стерильным, что говорило о высокой санационной способности ЭВР гипохлорита натрия.

После выполнения холецистэктомии, учитывая то, что патологический процесс распространялся в парапузырную зону, был изучен микробиологический пейзаж ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства. Характер высеваемой микрофлоры был почти идентичен характеру микрофлоры желчного пузыря, что указывало на то, что процесс в парапузырной зоне был обусловлен за счет деструкции желчного пузыря. Анализ результатов бактериологических исследований показал, что в третьей группе посевов в 53.1% случаях отмечен рост аэробной культуры. В 46.9% роста аэробной микрофлоры не обнаружено, однако, анализ на анаэробную флору позволил в 4,2% из общего числа исследований выявить анаэробную неклостридиальную инфекцию. В этих случаях был обнаружен рост *Bacteroides* sp. Из общего числа аэробов наиболее чаще, в 64% посевов выделены ассоциации грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов (*E. coli*, *S. aureus*, *S. fecalis*, *Klebsiella* sp., *Enterococcus* sp.), в 36% случаях обнаружено, что патологический процесс был обусловлен одним из вышеуказанных культур. Во всех исследованиях средняя концентрация микроорганизмов была ниже, чем в желчном пузыре и составляла в среднем  $10^5$ - $10^6$  микробных тел/мл.

Аналогично санации желчного пузыря 0.4% ЭВР гипохлорита натрия, санация парапузырной зоны озонированным раствором позволил добиться ликвидации анаэробной микрофлоры, что явилось подтверждением неустойчивости анаэробов к действию окислителей. Анализ на аэробные культуры показал, что в 14.9% случаев выявлен рост микроорганизмов. Причем в 8.6% исследований отмечен рост кишечной палочки, золотистого стафилококка и энтерококков. В 6.3% обнаружена ассоциация вышеуказанных микроорганизмов. Концентрация их достигала лишь до  $10^3$  микробных тел/мл. В 85.1% случаев посев с ложа желчного пузыря и парапузырной области был стерильным, что говорило о высокой санационной способности озонированных растворов, но уступающих по эффективности ЭВР гипохлорита натрия.

Анализ результатов бактериологических исследований показал, что в пятой группе микробиологических исследований в 76.5% случаях отмечен рост аэробной культуры. В 23.5% случаях роста аэробной микрофлоры не обнаружено, но проведенный бактериологический контроль на анаэробную флору выявил в 8,6% случаях от общего числа исследований рост анаэробной культуры - *Bacteroides* sp.

Из общего числа аэробов наиболее чаще, как и в предыдущих случаях, в 70,2% посевов выделены ассоциации грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов (*E. coli*, *S. aureus*, *S. fecalis*, *Klebsiella* sp., *Enterococcus* sp.), в 29,8% случаях обнаружено, что патологический процесс в желчном пузыре был обусловлен одним из вышеуказанных культур. Во всех исследованиях средняя

концентрация микроорганизмов была в среднем  $10^6$ - $10^7$  микробных тел/мл. В 14.9% случаев посев был стерильным.

Сравнительный анализ клинических результатов показал, что дооперационные показатели в контрольной и основной группах достоверно не отличались. Так, если с момента последнего приступа в контрольной группе прошло  $2,4 \pm 1,6$  суток, то в основной группе этот показатель составил  $1,4 \pm 0,8$  ( $P > 0.05$ ). Дооперационный койко-день в контрольной группе составил  $5,8 \pm 3,6$ , а в основной –  $1,1 \pm 0,7$  суток ( $P > 0.05$ ). Это указывало на идентичность сравниваемых групп и адекватный проводимый сравнительный анализ.

Анализ интраоперационных показателей выявил статистически достоверное отличие в сравниваемых группах. Отмечалось снижение длительности оперативного вмешательства с  $160,6 \pm 38,1$  мин до  $90,1 \pm 27,7$  мин ( $P < 0.05$ ), уменьшение травматичности операции в результате уменьшения длины послеоперационных ран, снижения объема кровопотери с  $282,0 \pm 65,6$  мл до  $99,7 \pm 19,6$  мл ( $P < 0.05$ ).

Послеоперационное течение у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, было благоприятным: происходило более ранняя активизация больных, редко требовалось применение анальгетиков, достоверно снизились показатели койко-дней и частоты послеоперационных осложнений (таб. 1).

*Таблица № 1*

**Характеристика послеоперационных результатов**

Показатель	Контрольная	Основная
Вид анальгетиков		
Наркотические	Не применялись	0-1 раз в сутки
Ненаркотические	1-2 раза в сутки	2-4 раза в сутки
Активизация больных	Через 24-48 часов после операции	Через 8-10 часов после операции
Общий койко-день	$18.2 \pm 5.6$	$6.1 \pm 1.9^*$
Послеоперационный койко-день	$13.1 \pm 4.4$	$4.2 \pm 1.1^*$
<b>Послеоперационные осложнения</b>		
Раневые осложнения:	9 (18%)	-
Нагноения ран	5 (10%)	-
Серома	2 (4%)	-
Свищи	2 (4%)	1 (1.3%)
Бронхопневмония	1 (2%)	-
Постхолецистэктомический синдром	2 (4%)	-
Почечная недостаточность	2 (4%)	-
Желчный перитонит	1 (2%)	-
Конверсия	-	6 (7.8%)
Кровотечения из ложа желчного пузыря	-	1 (1.3%)
Летальность	1 (2%)	-

\* - достоверное отличие от контрольной группы

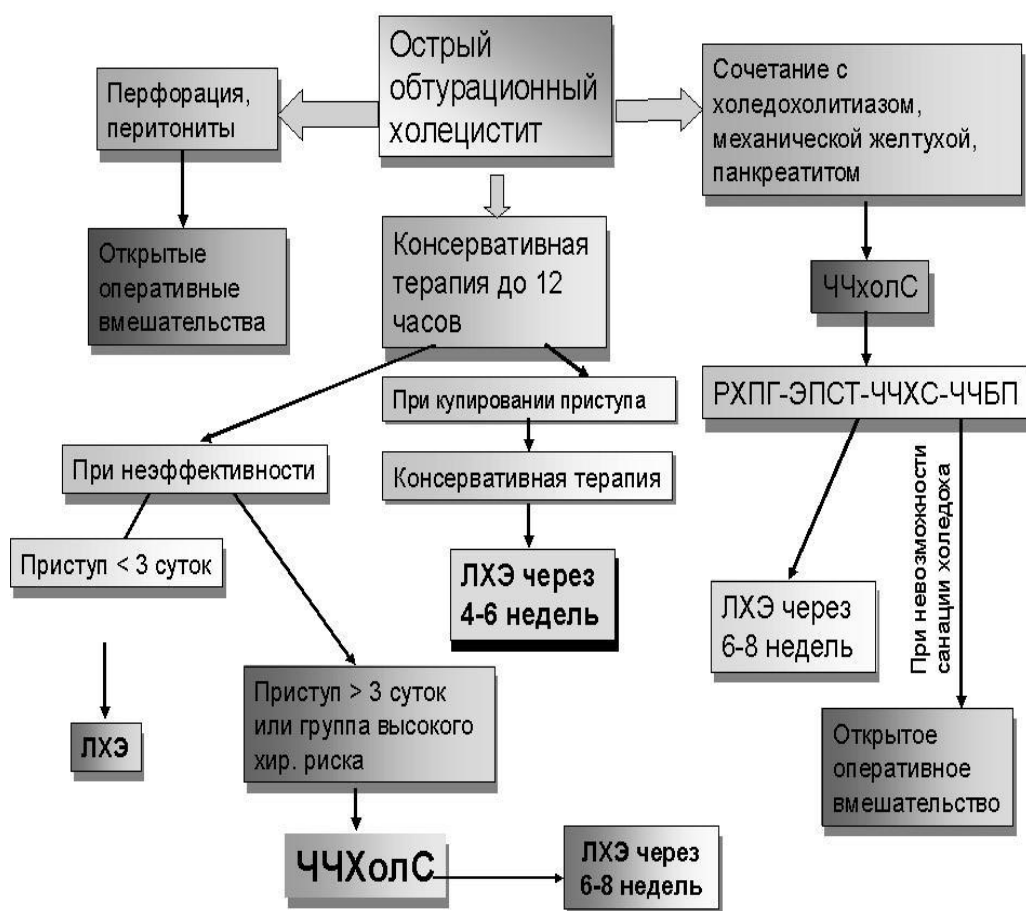
В контрольной группе в 9 случаях отмечались раневые осложнения, из них нагноение раны в 5 случаях, серома послеоперационной раны – 2 случая, желчный и лигатурный свищ по 1 случаю. Поздняя активизация больных в 1 случае способствовало развитию послеоперационной бронхопневмонии. У 2 больных через 1 год после операции отмечалось развитие постхолецистэктомического синдрома. Из-за тяжести состояния у 2 больных в послеоперационном периоде развилась острая почечная недостаточность. Благодаря адекватной терапии почечная недостаточность была устранена. У 1 больной в послеоперационном периоде развился желчный перитонит, который привел к развитию подпеченочного абсцесса и абсцессов брюшной полости. Несмотря на повторное оперативное вмешательство, явления острой полиорганной недостаточности прогрессировали, и на 2 сутки после повторной операции наступил летальный исход.

В основной группе больных осложнения в большинстве были связаны с техническими погрешностями выполнения оперативного вмешательства. Так, в 1 случае отмечалось интраоперационное кровотечение из ложа желчного пузыря в объеме до 300 мл, который удалось остановить лапароскопическим путем. В 1 случае из-за кровотечения из пузырной артерии пришлось перейти к лапаротомии. В 1 случае из-за резидуального холедохолитиаза в области дренажа сформировался желчный свищ. Больному была выполнена ретроградная панкреатохолангиография с порционной папиллосфинккертотомией и низведением камня холедоха в двенадцатиперстную кишку. Желчный свищ самостоятельно был закрыт. В 6 (7,8%) случаях, во время выполнения эндоскопического вмешательства при остром калькулезном холецистите из-за выраженной инфильтрации в области шейки желчного пузыря пришлось перейти к конверсии. Необходимо отметить, что возникшие осложнения после ЛХЭ были обусловлены техническими трудностями выполнения оперативных вмешательств. В связи с этим, в дальнейшем, в аналогичных ситуациях нами применялась оригинальная ЛХЭ. Квинтэссенцией исследований явилось то, что все осложнения возникли при выполнении ТЛХЭ. Использование оригинальной методики ЛХЭ во всех случаях позволило завершить операцию эндоскопически.

На основании анализа обследования и лечения 126 больных с острым обтурационным холециститом, подвергнутых различным оперативным вмешательствам нами был разработан алгоритм обследования и лечения больных данной категории (рис.1).

При поступлении больных в экстренное хирургическое отделение с приступом острого обтурационного холецистита начинается подготовка к возможному оперативному вмешательству. При наличии клинической картины и УЗИ признаков перитонита или перфорации желчного пузыря больному показана экстренная традиционная открытая холецистэктомия.

При отсутствии признаков перфорации или перитонита всем больным в течение 12 часов проводится консервативная терапия. Комплекс консервативной терапии включает антибактериальную, обезболивающую, инфузионно-спазмолитическую терапию, при наличии сопутствующих заболеваний проводится их коррекция. В случаях купирования приступа острого холецистита, подтвержденного данными УЗИ, свидетельствующими о разблокировании желчного пузыря, консервативная терапия продолжается и пациенты подвергаются плановой лапароскопической холецистэктомии через 4-6 недель. При неэффективности консервативной терапии вопрос решается в пользу оперативного вмешательства. Основным критерием выбора метода лечения в аналогичных ситуациях являлся срок от начала заболевания. Если с момента приступа прошло не более 3-х суток, больной подвергается лапароскопической холецистэктомии. В зависимости от УЗИ признаков степени воспаления желчного пузыря выбирают метод ЛХЭ – ТЛХЭ или ОЛХЭ. При продолжительности приступа более 3-х суток и больным с высоким операционным риском выполняют чрескожную чреспеченочную холецистостомию. Проводится интенсивная консервативная терапия с санацией желчного пузыря, и больной через 6-8 недель подвергается плановой ЛХЭ.



**Рис. 1. Алгоритм ведения и лечения больных с острым обтурационным холециститом.**

При сочетании острого обтурационного холецистита с холедохолитиазом, признаками механической желтухи или панкреатитом больному выполняется чрескожная чреспеченочная холецистостомия. В последующем больному выполняется ретроградная панкреатохолангиография с эндоскопической папиллосфинккертотомией и чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Через 6-8 недель, после санации желчного пузыря, выполняется плановая лапароскопическая холецистэктомия. При невозможности санации холедоха выполняется традиционная открытая холецистэктомия.

Таким образом, разработанный оригинальный метод выполнения ЛХЭ позволяет лапароскопическим путем выполнять даже технически трудно выполнимые операции, снизив процент конверсий до минимума.

Санация полости желчного пузыря 0.4% ЭВР гипохлорита натрия предупреждает загрязнение брюшной полости инфицированным содержимым желчного пузыря, а санация его ложа и подпеченочного пространства озонированным раствором предупреждает распространение патологического процесса в брюшную полость. Разработанная тактика ведения и оперативного лечения больным с острым обтурационным холециститом позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных и уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность.

Конечно же, предложенная нами тактика не позволяет решить все проблемы острого холецистита, и данный вопрос остается открытым и требует дальнейших поисков решения проблемы.

### ***ВЫВОДЫ***

1. Разработанные показания и противопоказания к проведению лапароскопической холецистэктомии позволяют расширить спектр выполняемых эндоскопических вмешательств при остром холецистите.

2. Разработанная оригинальная методика ЛХЭ позволяет снизить частоту и тяжесть различных интра- и послеоперационных осложнений и свести к минимуму число конверсий.

3. Наиболее частой причиной деструктивных процессов в желчном пузыре является ассоциация аэробных и анаэробных бактерий. Интраоперационная санация полости желчного пузыря 0.4% электролизным водным раствором гипохлорита натрия и подпеченочного пространства озонированными растворами оказывает высокий санационный эффект и позволяет добиться полной элиминации патогенной микрофлоры.

4. ЛХЭ является методом выбора лечения острого холецистита и обеспечивает высокую клиническую и экономическую эффективность.

### ***ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ***

1. Оперативное лечение острого холецистита во всех случаях целесообразно начинать с лапароскопической ревизии органов брюшной полости.

2. При отсутствии признаков перфорации или перитонита всем больным в течение 12 часов необходимо проводить консервативную терапию. При разблокировании обтурации шейки желчного пузыря консервативная терапия должна продолжаться с последующим выполнением ЛХЭ через 4-6 недель.

3. При неэффективности консервативной терапии, если с момента приступа прошло не более 3-х суток целесообразно выполнение лапароскопической холецистэктомии. При продолжительности приступа более 3-х суток и больным с высоким операционным риском необходимо выполнять чрескожную чреспеченочную холецистостомию с последующим ЛХЭ через 6-8 недель в плановом порядке.

4. При выраженном инфильтративно-воспалительном процессе в области шейки желчного пузыря предпочтительно выполнять ЛХЭ по предложенной оригинальной методике.

5. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений с целью санации желчного пузыря рекомендовано неоднократное промывание 0.4% ЭВР гипохлорита натрия, а подпеченочного пространства озонированными растворами.

### ***СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ***

1. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Касымов Д.А. Особенности техники лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите //Эндоскопическая хирургия. – 1999, № 5. – С. 27-29.

2. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Касымов Д.А., Арустамова М.Н. Сравнительная оценка традиционной и лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном калькулезном холецистите //Узбекистон хирургияси. - 1999, № 3. – С. 83-86.

3. Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Ганиев Ш.А., Беркинов У.Б., Касымов Д.А. Интраоперационные ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии // Анналы хирургической гепатологии. – 1999, № 4. – С. 224.

4. Кротов Н.Ф., Саидов А.Р., Касымов Д.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // В сборнике тезисов республиканской конференции: «Новое в диагностике и лечении органов пищеварения», Ташкент, 1997. – С. 79-81.

### ***РЕЗЮМЕ***

На диссертационную работу: «Возможности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите».

**Касимов Даврон Абдуносирович.**

Аналізу подвергнуты результаты хирургического лечения 126 больных с острым обтурационным калькулезным холециститом. В зависимости от характера выполненных операций все больные были разделены на 2 группы: контрольная – 50 больных, которым выполнена традиционная холецистэктомия и основная – 76 больным, которым выполнена ЛХЭ.

В основной группе при невозможности идентификации элементов шейки желчного пузыря автором разработана оригинальная методика выполнения ЛХЭ, которая была выполнена 37 больным, что позволило лапароскопическим путем выполнять даже технически трудно выполнимые операции, снизив процент конверсий до минимума.

Автором разработана методика санации желчного пузыря и ее ложа 0.4% ЭВР гипохлорита натрия и озонированными растворами, что позволило предупредить загрязнение брюшной полости инфицированным содержимым желчного пузыря, а санация его ложа и подпеченочного пространства озонированным раствором, распространение патологического процесса в брюшную полость.

Автором разработана тактика ведения и оперативного лечения больным с острым обтурационным холециститом, который позволил улучшить результаты лечения данной категории больных и уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

На основании анализа клинических результатов разработаны показания и противопоказания к выполнению лапароскопических вмешательств на желчном пузыре при остром холецистите.



Разработанный способ ЛХЭ, санация полости желчного пузыря и ее ложа предложенными антисептиками, применение разработанной тактики лечения больных с острым обтурационным холециститом позволил сократить сроки лечения с  $18.2 \pm 5.6$  до  $6.1 \pm 1.9$  дней, снизить частоту послеоперационных осложнений с 26% до 1,3%.