

УДК 617.55-007.43

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

© А.С. Дробышев, А.В. Баранов, О.Н. Ямщиков

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия; холецистит.

Проведен анализ лечения 108 пациентов с холециститом, которым потенциально возможно выполнение лапароскопической холецистэктомии. Лапароскопическим способом были выполнены 102 (99,58 %) операции. Более половины всех случаев составил хронический калькулезный холецистит. В ходе операции в 6 (0,42 %) случаях перешли на операцию из лапаротомного доступа. Тяжелых осложнений удалось избежать. Лапароскопическая холецистэктомия показала себя полноценным и малотравматичным вмешательством.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время является распространенной операцией во многих многопрофильных клиниках. За последнее десятилетие показания к проведению ЛХЭ значительно расширились. Выявлены многие неоспоримые преимущества данного метода [1–3]. На заре применения ЛХЭ противопоказаниями для ее проведения были такие сопутствующие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, стенокардия малых напряжений и пока, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, гормонозависимая бронхиальная астма, ожирение 2–3 степени, острый холецистит, состояния после перенесенных операций на верхнем этаже брюшной полости и т. д. Однако в настоящее время значительное количество публикаций посвящено результатам применения ЛХЭ, в т. ч. при перечисленных ранее состояниях [1–5].

Многие авторы отмечают преимущества лапароскопических холецистэктомий:

- сокращение сроков пребывания больных в стационаре;
- уменьшается частота серьезных послеоперационных осложнений;
- сокращение периода восстановления трудоспособности;
- косметический эффект;
- значительно легче переносят операцию больные с сахарным диабетом, ИБС, с бронхиальной астмой и другими сопутствующими заболеваниями [1; 3; 5].

Цель работы: провести анализ использования эндоскопического метода лечения пациентов с холециститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 108 историй болезни пациентов с различными формами желчнокаменной болезни, которым потенциально возможно выполнение ЛХЭ. В «ГБ г. Котовска» с января по декабрь 2014 г. выполнено 102 ЛХЭ. Больные были в возрасте от 21 до 79 лет, большинство составляли пациенты наиболее работоспособно-

го возраста (от 30 до 60 лет), а пациенты старше 60 лет составили 14 %.

Треть пациентов, которым проведены операции, имели сопутствующие заболевания: ИБС – 27 пациентов, артериальная гипертензия 2А и 2Б ст. – 21 пациент, незначительное нарушение сердечного ритма – 8 пациентов, бронхиальная астма диагностирована у 3 пациентов. Все пациенты, имеющие сопутствующие заболевания, направлялись на оперативное лечение после консультации профильных узких специалистов. Решение о проведении ЛХС принималось коллегиально с участием анестезиолога и при обязательном информированном согласии пациента.

После проведения операции больным разрешалось пить минеральную воду без газа. Спустя 3 суток разрешалось принимать каши и бульоны. Стол № 5 разрешался через 2 месяца. Спустя сутки после операции разрешалось ходить. В подавляющем большинстве случаев пациент переводился из палаты интенсивной терапии в отделение спустя сутки после операции. В течение 5 дней после операции пациенты получали гепарин в качестве профилактики тромбоэмболических осложнений. Назначались антибиотики. Пациенты выписывались из стационара на 5–7 сутки после операции. Снятие швов производили на 10–12 сутки.

Применяемое анестезиологическое пособие при выполнении ЛХЭ – только интубационный наркоз с применением миорелаксантов среднего и короткого действия. В желудок вводился назогастральный зонд. Устанавливался мочевого катетер. Проводилось эластичное бинтование нижних конечностей. Лапароскопическая операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Lemke», «Аксиома». Операцию выполняли по существующим методикам: применяли 4 троакара (2–10 мм и 2–5 мм), положение оператора – слева от пациента. Применяли 90-градусную оптику. Применение атравматичных зажимов позволило избежать травматизации тканей. Для профилактики ранения эпигастриальных сосудов вводился троакар конической формы 10 мм. Желчный пузырь удаляли из брюшной полости через умбиликальный разрез вместе с его содержимым.

Таблица 1

Выявленная патология желчного пузыря у больных, взятых на лапароскопическую холецистэктомию

Патология	Число больных	%
Хронический калькулезный холецистит	56	54,9
О. калькулезный холецистит	31	30,4
Полипы желчного пузыря	11	10,8
Хр. бескаменный холецистит	4	3,9
Всего	102	100,0

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лапароскопическим способом были выполнены 102 (99,58 %) операции. В результате хирургических операций оценивали патологию желчного пузыря. Более половины всех случаев составил хронический калькулезный холецистит (табл. 1).

В ходе ЛХЭ в 6 (0,42 %) случаях перешли на операцию из лапаротомного доступа. Причиной перехода на лапаротомию у 3 (2,94 %) больных был выраженный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости вокруг желчного пузыря, затрудняющий проведение операции и повышающий риск ранения сосудов. В 1 случае наблюдали желчеистечение в послеоперационном периоде вследствие недостаточной фиксации пузырного протока клипсой. Пациентка была прооперирована лапаротомным доступом. Повреждений желчных протоков и кровеносных сосудов удалось избежать. Незначительные кровотечения останавливались либо коагуляцией, либо тупфером с перекисью водорода. Избегать осложнений, связанных с повреждением крупных сосудов и желчных протоков, помогало постепенное тщательное и бережное отсепаровывание и сдвигание тканей со стенки желчного пузыря. Перфорации желчного

пузыря во время операции также удалось избежать. Время проведения операции от 40 до 160 мин.

ВЫВОДЫ

Таким образом, по данным проведенного наблюдения, лапароскопическая холецистэктомия является полноценным и малотравматичным вмешательством, что позволяет считать ее одним из основных методов хирургического лечения острого и хронического холецистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций // Эндоскопическая хирургия. 2007. Т. 13. № 2. С. 3-7.
2. Крапивин Б.В., Давыдов А.А., Дадаев Р.С., и др. // К вопросу о понятии «осложнение эндоскопической операции» // Эндоскопическая хирургия. М.: Медиа Сфера, 2001. № 6. С. 3-9.
3. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: Триада-Х, 2003. С. 3-35.
4. Уханов А.П., Чахмачев С.Р., Яшина А.С., Игнатьев А.И. // Факторы риска повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. М.: Медиа Сфера, 2009. № 10. С. 44-45.
5. Cuschieri A., Berci G. Laparoscopic biliary surgery. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990. P. 1-2.

Поступила в редакцию 12 января 2015 г.

Drobyshev A.S., Baranov A.V., Yamshchikov O.N. THE POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

The analysis of treatment of 108 patients with cholecystitis which potentially can be performed laparoscopic cholecystectomy was made. Laparoscopically were performed 102 (99.58 %) of the operation. More than half of all cases were chronic calculous cholecystitis. During the operation, 6 (0.42 %) cases moved to the operation of the laparotomy. Severe complications managed to avoid. Laparoscopic cholecystectomy has proved to be valuable and less traumatic intervention.

Key words: laparoscopic cholecystectomy; cholecystitis.

Дробышев Андрей Сергеевич, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, ассистент кафедры хирургии, e-mail: drobyshev2@gmail.com

Drobyshev Andrey Sergeyeovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Assistant of Surgery Department, e-mail: drobyshev2@gmail.com

Баранов Александр Викторович, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, зав. кафедрой хирургии, e-mail: bara68lex2007@yandex.ru

Baranov Aleksander Viktorovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Head of Surgery Department, e-mail: bara68lex2007@yandex.ru

Ямщиков Олег Николаевич, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и медицины катастроф, e-mail: cep_a@mail.ru

Yamshchikov Oleg Nikolayevich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor, Head of Traumatology, Orthopedics and Medicine of Catastrophe Department, e-mail: cep_a@mail.ru