

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.М.ХОЖИБОЕВ

Small-invasive methods of treatment of complicated forms of gallstone disease in old patients

A.M.Khojibaev

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность проблемы острого калькулезного холецистита (ОКХ) и его осложнений значительно возрастает у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы. Радикальным вмешательством при ОКХ считается ЛХЭ, часть авторов как наиболее приемлемый у больных с высоким риском операции рассматривают МХЭ. Наряду с этим, у данной группы больных предлагается активно-выжидательная хирургическая тактика лечения с проведением этапных вмешательств в виде декомпрессионной холецистостомии с последующей радикальной операцией.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, хирургия, пожилой и старческий возраст

The analysis of references shows a significant rising of complications risk in old patients due their severe associated dystrophy diseases, and also heart and lung pathology. According these data, the optimal method for treating of these patients is laparoscopic cholecystectomy. Some authors advised to perform mini-laparotomy with cholecystectomy according the high operational risk. In the same time there is a suggestion to use active-waiting tactics, which means step-by-step operations with applying of decompressing cholecystostomy and further radical operation.

Key-words: gallstone disease, acute cholecystitis, surgery, old patients

Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ), в частности острым калькулезным холециститом (ОКХ), продолжает увеличиваться [3,9,20,29,35, 61]. В настоящее время ОКХ является одним из самых распространенных заболеваний в хирургической гастроэнтерологии, составляя от 7 до 20% от общего числа ургентной патологии [51,63]. При этом отмечается неуклонный рост числа осложненных форм ОКХ [35,49,69]. Именно при этих формах ОКХ высок процент послеоперационных осложнений, а летальность варьирует от 9,4 до 37,0% [22,23,27,38,40,67].

Тенденция к повсеместному росту заболеваемости ОКХ, неудовлетворительные результаты лечения при его осложненных формах обуславливают особую социальную значимость этой проблемы [23,24,33,67,69].

Другим обстоятельством является тенденция к «старению» заболевания [11,28,42,52,64,68]. В настоящее время 2/3 поступающих в стационар больных ОКХ составляют лица пожилого и старческого возраста. Отличительной особенностью ОКХ у этого контингента больных является его тяжелое течение в связи с заметным преобладанием деструктивных изменений, а также высокая частота осложненных форм заболевания [34,38,41,45,52,67].

Основным фактором, обуславливающим высокий операционно-анестезиологический риск у пожилых больных, является наличие тяжелой сопут-

ствующей патологии обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы [17,36,37,47,52].

Кроме того, у этих больных имеют место наличие инволютивных процессов в организме, нарушения клеточного и гуморального иммунитета и срывов механизмов адаптации [47,52,55,68].

В связи с этим послеоперационная летальность среди пациентов старших возрастных групп составляет в среднем 4-6%, а при осложненном ОКХ достигает 15-63% [23,31,42,52,63].

У большинства больных старше 60 лет ОКХ протекает стерто, атипично, со слабо выраженными клиническими проявлениями и отсутствием лейкоцитоза [38], что затрудняет своевременную диагностику, обуславливает позднюю госпитализацию больных, когда развиваются воспалительно-инфильтративные изменения в стенке и в окружающих желчный пузырь тканях. Несомненно, это приводит к увеличению числа интра- и послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов лечения [6,14,18,31].

Сегодня тактика хирургического лечения острого холецистита включает декомпрессионные и радикальные вмешательства.

Целью первых является снижение давления в желчном пузыре. Эти вмешательства, выполняемые через минилапаротомный, лапароскопиче-

ский или чрескожно-чреспеченочный под УЗ- или рентгенологическим контролем доступы, позволяют добиться улучшения микроциркуляции и купирования острых воспалительных явлений в стенке желчного пузыря. По своей сути они являются паллиативными и направлены больше на спасение жизни пациента. Эти вмешательства проводятся у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционным риском и рассматриваются как первый этап лечения ОКХ [4,5,12,19,27,51,63,66].

Радикальным вмешательством у больных ОКХ остается холецистэктомия, т.к. при этом удаляется не только воспаленный орган, источник интоксикации, но и устраняются предпосылки к рецидиву камнеобразования [8,13,23,32,37,45,57,65]. В последние годы в арсенал хирургов, помимо традиционного лапаротомного метода, добавились малоинвазивные - лапароскопический и минилапаротомный - способы холецистэктомии [21,30,31,35,40,53, 58,59,60]. Среди малоинвазивных методик ведущее место по праву занимает лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая является методом выбора в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Причем необходимо отметить, что если на ранних этапах внедрения ЛХЭ в клиническую практику, острый холецистит являлся противопоказанием к ее проведению, то сегодня возможность выполнения ЛХЭ при ОКХ бесспорна [1,25,26,31,32,39,51,57,59,65].

В экономически развитых странах удельный вес ЛХЭ в общей структуре холецистэктомий составляет 85–95%. В резолюции Европейского конгресса, состоявшегося в 1997 г. в Стамбуле, указано, что ЛХЭ является "золотым стандартом" в лечении больных с желчнокаменной болезнью [2,22,31,32,40, 63,65,66].

Вместе с тем некоторые авторы считают, что лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите может выполняться при отсутствии патологических изменений в протоках, острого панкреатита, плотного инфильтрата или абсцесса в подпеченочной области и разлитого перитонита, т. е. использоваться в ранние сроки болезни до развития осложнений [6,14,17].

Переход к открытой операции при возникновении технических сложностей, несомненно, не является ошибкой или признаком низкой квалификации хирурга. Во время обсуждения этой проблемы на заседании Европейской ассоциации эндоскопических хирургов (Стамбул, 1997) большинство хирургов высказали мнение, что если при выполнении лапароскопической холецистэктомии в течение 30 минут хирург не может разобраться в анатомических особенностях структур гепатобилиарной связки и треугольника Кало, целесообразно переходить к открытой операции. Несомненно, такая тактика позволяет уменьшить число серьезных осложнений и особенно повреждений печеночных протоков во время лапароскопических холецистэктомий [18,31,59].

Среди малоинвазивных вмешательств при ОКХ в последнее время прочное место занимают холецистэк-

томии, выполняемые из минилапаротомного доступа (МХЭ) [7,56,62]. Несомненными преимуществами последних является минимальная травма передней брюшной стенки; адекватный доступ к желчному пузырю, общему печеночному и желчным протокам; возможность выполнения вмешательства у пациентов, перенесших ранее операции на брюшной полости; отсутствие пневмоперитонеума; сравнительно невысокая стоимость оборудования. Прямой визуальный контроль и применение традиционных приемов хирургической диссекции тканей позволяют относительно безопасно манипулировать в условиях выраженного инфильтрата, а отграничение операционного поля от свободной брюшной полости дает возможность полностью опорожнить желчный пузырь и не бояться перфорировать его во время операции [43,44,48].

Частота осложнений при МХЭ не превышает 2,7–5,6%, летальность не более 0,14–0,7%, а потребность в конверсии возникает во время выполнения 0,3–2,9% операций [7,15,58,60,61].

В последнее время не только российские и отечественные хирурги, но и зарубежные авторы [7,15,50,54,56,59] высоко оценивают МХЭ, особенно у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционным риском. Применение МХЭ, по их мнению, расширяет возможность проведения радикальной операции по поводу ОКХ у подобных больных [16,61]. Кроме того, МХЭ для районных, областных клиник экономически предпочтительнее, чем ЛХЭ [10,15,63].

Если мнения большинства авторов в выборе оперативного пособия совпадают, то хирургическая тактика лечения ОКХ до сих пор вызывает споры. Хирурги делятся на сторонников активной и активно-выжидательной хирургической тактики при ОКХ. Приверженцы активной хирургической тактики настаивают на проведении холецистэктомии у пациентов с ОКХ в экстренном порядке, т.е. в первые часы их госпитализации [2,20,29,46,51,63]. По их мнению, тактика должна соответствовать таковой при остром аппендиците и призвана максимально быстро и радикально устранить воспалительный процесс в брюшной полости, тем самым препятствуя развитию осложнений [2,38,51,66,67].

Если тяжесть состояния больных обусловлена осложненным холециститом, то несмотря на возраст и наличие сопутствующей патологии, предпочтение следует отдавать неотложной операции с интенсивной пред- и послеоперационной терапией [33,38,57].

Сторонники активно-выжидательной тактики считают, что оптимальными сроками проведения хирургического вмешательства являются 24–48 часов от момента госпитализации [3,9,23,26,28,56]. Они полагают, что выполнение операции на высоте приступа сопровождается значительными техническими трудностями и создает предпосылки для интраоперационной травмы, а в отдаленном послеоперационном периоде возможно выявление резидуального холедохо-литиаза [14,18,30,37,69].

В течение же 48 часов с момента поступления в ре-

зультате консервативных мероприятий купируется воспаление в желчном пузыре, нормализуются жизненно-важные функции, и холецистэктомия выполняется в «холодном» периоде. Это позволяет более полно обследовать больного, создает возможность для проведения операции в дневное время и значительно снижает послеоперационную летальность [36,42,46,47,52]. Однако у определенной группы больных подобная отсрочка операции приводит к ухудшению состояния, и летальность после выполненной по жизненным показаниям операции становится гораздо выше. Практически все летальные исходы после операции имеют место у больных пожилого и старческого возраста, хотя в «холодном» периоде она в 10-15 раз меньше, чем в остром.

В связи с этим у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и развитием синдрома «взаимного отягощения» применяется так называемая «этапная» хирургическая тактика [11,27,29,34,42]. Сущность ее заключается в замене срочной холецистэктомии превентивным декомпрессионным вмешательством, выполняемым, как правило, под контролем ВЛС или УЗИ. По сути дела это означает возвращение к клинической практике холецистостомии, но в ином декомпрессионном, временном варианте [4,19,26]. В этом варианте холецистостомы превращается в этап хирургического лечения, позволяющий вывести больного из тяжелого состояния и снизить риск радикальной операции [4]. Это подтверждается проведенными морфологическими и бактериологическими исследованиями [26,27].

Таким образом, ОКХ является весьма распространенной, тяжелой патологией, сопровождающейся значительными патофизиологическими нарушениями и высокой летальностью. Актуальность проблемы ОКХ значительно возрастает у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы.

Большинство авторов в качестве «золотого стандарта» при ОКХ рассматривают ЛХЭ, а также МХЭ как наиболее приемлемую у больных с высоким риском операции.

Некоторые хирурги предпочитают активно-выжидательную хирургическую тактику лечения ОКХ с проведением у больных пожилого и старческого возраста этапных вмешательств в виде декомпрессионной холецистостомии с последующей радикальной операцией.

Отсутствие четких показаний к применению того или иного малоинвазивного вмешательства, а также разногласия в определении хирургической тактики лечения у больных с осложненными формами ОКХ диктуют необходимость дальнейших исследований.

Литература

1. Акилов Х.А., Атаджанов Ш.К., Акбаров М.М., Сайдазимов Э.М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. *Анналы хир гепатол* 2002; 7 (1) 82.

2. Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э., Хожибоев А.М. и др. Тактика лечения деструктивных форм холецистита с применением малоинвазивных технологий. *Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Тез.докл. Ургенч* 2006; 74-75.
3. Арипов У.А. Желчнокаменная болезнь и её осложнения. *Клинические лекции. Ташкент* 1997; 32.
4. Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Арипова М.У. и др. Декомпрессионные вмешательства как выбор хирургического лечения острого обтурационного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. *Инфекция, иммунитет и фармакология* 2002; 3: 10-11.
5. Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Назаров Э.И. и др. Малоинвазивные методы в ургентной хирургии билиарной системы. *Анналы хир гепатол* 2003; 2: 259-260.
6. Аталиев А.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острого холецистита. Холецистит и его осложнения: Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф. с межд. участием. Бухара 1997; 12-13.
7. Ачилов Ш.Д., Мурадов Б.Х. Использование способа открытой лапароскопии через минилапаротомный доступ при желчнокаменной болезни. *Хирургия Узбекистана* 1999; 83-84.
8. Бабалич А.К., Фесенко В.П., Ищенко А.В. Малотравматичная холецистэктомия. *Анналы хир гепатол* 2002; (1): 84.
9. Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф., Ульянов Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов с высокой степенью операционного риска. *Анналы хир гепатол* 2002; 7. (1): 85.
10. Баранов Г.А. CO₂- и NO₂- перитонеум как фактор хирургической агрессии при лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп хир* 2006; 4: 18-21.
11. Бебурашвили А.Г., Зюбина Е.Н., Лозовой А.В. и др. Миниинвазивные операции при остром холецистите у больных с высоким операционным риском. *Анналы хир гепатол* 2002; 7 (1) 87.
12. Борисов А.И., Григорьев С.Г. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у лиц с высоким операционным риском. *Эндоскоп хир* 2000; 2: 13.
13. Брискин Б.С. Влияние эндоскопических и малоинвазивных технологий на улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью. *Эндоскоп хир* 2000; 2: 14.
14. Брискин Б.С. Повреждение внепечёночных желчных протоков при холецистэктомии. *Анналы хир гепатол* 2000; 5 (2): 99-100.
15. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии. *Хирургия им. Пирогова* 2005; 6: 24-30.
16. Ветшев П.С., Чилингарики К.Е., Ипполитов Л.И., Шпаченко Ф.А. Холецистэктомия из мини-

- доступа в лечении желчнокаменной болезни. Клин мед 2001; 1: 50–54.
17. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Шпаченко Ф.А. и др. Холецистэктомия из минидоступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Эндоскоп хир 2000; 2: 17.
 18. Галимов О.В. Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии. Анналы хир гепатол 2000; 5: 103.
 19. Галлингер Ю. И., Карпенкова В. И. Повреждение гепатикохоледохы при лапароскопической холецистэктомии. Анналы хир гепатол 2000; 5: (2): 104–105.
 20. Голубев А.Г., Вилков А.В., Давыдкин В.И. Пункционная декомпрессия желчного пузыря при остром обтурационном холецистите. Анналы хир гепатол 2003; 2: 281–282.
 21. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь М 2000: 257.
 22. Данзанов Б.С., Плеханов А.Н., Цыбиков Е.Н. Лапароскопический и минилапаротомный способы в лечении острого холецистита. Анналы хир гепатол 2003; 2: 289–290.
 23. Дасаев А.Н., Гебель Т.Я., Петухов Н.Д. и др. Новые технологии и старые проблемы в хирургии желчнокаменной болезни. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 104.
 24. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 108.
 25. Затевахин И.И., Цицишвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. Вестн РГМУ 2000; 3: 21 – 26.
 26. Каримов Ш.И. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза. Анналы хир гепатол 2000; 5 (2): 32–35.
 27. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. и др. Возможности малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском. Хирургия Узбекистана 2004; 1: 46–50.
 28. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. и др. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском. Эндоскоп хир 2003; 6: 35–38.
 29. Касумян С.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В. и др. Варианты алгоритма диагностических и лечебных мероприятий при остром холецистите у больных с высоким операционным риском. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 115.
 30. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М 1990; 237.
 31. Козлов, А.Н. Хореев, А.А. Чумаков и др. Малоинвазивное лечение острого холецистита у больных с высокой степенью операционного риска. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 115.
 32. Крапивин Б.В., Давыдов А.А., Дадаев Р.С. и др. К вопросу о понятии «осложнение эндохирургической операции». Эндоскоп хир 2001; 6: 3–9.
 33. Кротов Н.Ф. Сравнительная оценка традиционной и лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном калькулёзном холецистите. Хирургия Узбекистана 1999; 3: 83–86.
 34. Кузнецов Н.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите. Хирургия им. Пирогова 2003; 5: 35–40.
 35. Кузнецов Н.А., Семенова Т.В., Харитонов С.В. Роль ультразвуковой доплерографии в диагностике калькулезного холецистита. Современные проблемы практической хирургии 2000; 101–109.
 36. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Эндоскопическая хирургия: истоки и настоящее. Хирургия им. Пирогова 1996; 1: 39–41.
 37. Малярчук В.И., Русанов В.П., Долгов Д.Л. и др. Снижение риска осложнений при лапароскопической холецистэктомии со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных пожилого и старческого возраста. Эндоскоп хир 2000; 2: 42.
 38. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М 1990; 560.
 39. Мирошников В. И. Анализ летальности при остром холецистите. Вестн хир 1998; 7–12: 14–17.
 40. Назыров Ф.Г. Особенности ведения больных калькулёзным холециститом на фоне цирроза печени. Холецистит и его осложнения. Тез докл. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Бухара 1997; 39.
 41. Нишанов Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии у тучных больных. Анналы хир гепатол 2000; 5 (2): 130.
 42. Нишанов Х.Т., Ким В.Л., Назаров Б.Т., Эркабоев З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных с повышенным операционным риском. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 136.
 43. Полянский В.А. Хирургическая тактика при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста. Хирургия им. Пирогова 1998; 9: 33–36.
 44. Прудков М.И., Нишневич Е.В., Кармацких А.Ю. Вмешательства на холедохе из минилапаротомного доступа при остром холецистите. Анналы хир гепатол 1998; 3 (3): 94–95.
 45. Прудков М.И., Шулутко А.М., Бебуришвили А.Г. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Анналы хир гепатол 1999; 1: 132 – 135.
 46. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучаев В.М. Калькулезный холецистит. М 1991; 320.

47. Саакян Н.Е., Багдасаров Г. А, Зинякова М.В. Роль рациональной хирургической тактики в улучшении результатов лечения больных с острым холециститом. Анализ летальности при остром холецистите по материалам стационаров г. Москвы. 1999; 20–24.
48. Старков Ю.Г., Шишин К.В. Профилактика тромбозно-эмболических осложнений при лапароскопической холецистэктомии. М 2003; 71.
49. Таджибоев Ш.А. Минилапаротомия в хирургическом лечении хронического калькулезного холецистита. Анналы хир гепатол 2000; 5 (2): 318.
50. Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Хасанов А.Г., Тимербулатов М.В. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнений. Вестн хир 1999; 1: 25-29.
51. Третьяков А.А., Неверов Н.А., Мирошников В.И. и др. Преимущества холецистэктомии из минидоступа при лечении желчнокаменной болезни у пожилых. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 162-163.
52. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Вахидов А.Б. и др. Новые технологии в лечении деструктивных холециститов. Анналы хир гепатол 2003; 2: 362-363.
53. Хаджибаев М.Х., Нурмухамедов Р.М., Аталиев Е.А., Хаджибаев А.М. Осложнения острого холецистита у пожилых 2000; 171.
54. Чумаков А.А., Хореев А.Н., Козлов С.В. и др. Сравнительная характеристика видеолапароскопической холецистэктомии и открытой лапароскопической холецистэктомии из минидоступа. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 175-176.
55. Шестоков А.Л. Опыт выполнения операции на желчных путях из минилапаротомного доступа. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 1997; 7 (4): 66-70.
56. Шулуток А.М., Данилов А.И., Насиров Ф.Н., Лащик М.Г. Возможно ли дальнейшее улучшение результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском. Анналы хир гепатол 2002; 1: 178.
57. Belli G., Romano G., D'Agostino A., Iannelli A. G. Chir. Minilaparotomy with rectus muscle sparing: a personal technique for cholecystectomy 1999; 17 (5): 283-284.
58. Cadact T. R. Laparoscopic cholecystectomy. Surg CL Amer 2000; 70 (6): 1249-1262.
59. Carbaja L., Ramos A., Nunez Gonzalez E., Grau Cobos L. Cholecistectomy for minilaparotomia. Rev Gastroenterol Mex 1999; 56 (3): 171-174.
60. Club J. Translated, with permission of the American College of Physicians, from Laparoscopic cholecystectomy reduced complications for patients with acute cholecystitis. ACP 1998; 7: 129.
61. Daou R. Cholecystectomy par mini-laparotomie. Ann Chir 1998; 52 (7): 625 – 628.
62. Dubois F., Berthelot B. Cholecystectomy par mini-laparotomie. Nouv Presse Med 2002; 11 (15): 1139 – 1141.
63. Gaetini A., Camandona M., De Simone M., Giaccone M. Minilaparotomia per colecistectomy. Minerva Chir 1999; 52 (1-2): 13-16.
64. Gallstonts: laparoscopic treatment-cholecystectomy, cholecystostomy and lithotripsy. Surg Endosc 1999; 4: 1-5.
65. Go P.M., van Erp W.F. Onterechte twijfel aan de laparoscopische cholecystectomy. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141 (14): 667-668.
66. Gotz. F. Laparoscopic Chirurgie. Stultgavt. New York 2001; 92.
67. Grau-Talens E.J., Garcia-Olives F., Ruperez-Arribas M.P. Transcylindrical cholecystectomy: new technique for minimally invasive cholecystectomy. World J Surg 1998; 22 (5): 453-458.
68. Kiviluoto T., Sir En. J., Luukkonen P., Kivilaakso E. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. Lancet 1998; 5: 321-351.
69. Lippert H. Antimicrobial prophylaxis in laparoscopic and conventional cholecystectomy. Conclusions of a large prospective multicenter quality assurance study in Germany. Chemotherapy 1998; 44: 355-363.
70. Mardiotto S. G. Cholecystectomy in the elderly. Amer J Surg 1998; 156 (6): 509-512.

**КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОЛРАДА ЎТКИР
КАЛЬКУЛЕЗЛИ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ
АСОРАТЛАНГАН ТУРЛАРИДА КАМ ИНВАЗИВ
ДАВО УСУЛЛАРИ**

А.М.Ходжибоев

Республика шошилич тиббий ёрдам
илмий маркази

Адабиётлар тахлилига асосланиб, кекса ёшдагиларда моддалар алмашинуви, кон-томир ва нафас тизимида бузилишлар каби кўшимча касалликлар мавжудлиги сабабли уларда операцион-анестезиологик хавфнинг юқорилиги ўт-тош касаллиги (ЎТК) муаммоси долзарблигини таъкидлайди. Шу сабабли ЎТКда радикал аралашув лапароскопик холецистэктомия эканлигига қарамасдан, кўпчилик муаллифлар жарроҳлик аралашуви юқори хавф билан кечувчи беморларда минилапаротом холецистэктомия мақсадга мувофиқлигини қайд қилмоқдалар. Шу билан бирга, ушбу гуруҳдаги беморларда декомпрессион холецистостомия ва кейинчалик радикал операция кўринишидаги босқичли аралашувлар ҳам тавсия этилган.

Контакт: Ходжибаев Абдулазиз Муминович
РНЦЭМП
100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2
Тел.: +99890-188-3007