

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У БОЛЬНЫХ  
РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Алымкулов М.Ч.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью работы являлась оценка метода лечения больных с желчнокаменной болезнью различных возрастных групп. Использовали клинические показатели: продолжительность операции, частота осложнений в момент операций и после нее. Представлены результаты лапароскопических холецистэктомий у 322 больных с желчнокаменной болезнью в различных возрастных группах. В молодом и среднем возрасте (115 и 141 чел.) осложнения были единичные (0,9 и 2,1%). В пожилом возрасте осложнения имели место у 2 больных (1,4 %). С увеличением возраста не увеличивается частота осложнений.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый и хронический холецистит, оперативное лечение, эндовидеолапароскопия, возрастная группа, показания к операции, осложнения, исходы.

АР ТҮРДҮҮ КУРАКТАГЫ ООРУЛУУЛАРДЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Алымкулов М.Ч.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты болуп өтөгү таш оорусу менен ооруган ар түрдүү курактагы оорулуулардын оорусун дарылоонун методуна баа берүү эсептелет. Клиникалык көрсөткүчтөр баа берүү үчүн колдонулду: операциянын созулушу, операция убагында жана кийин болуучу кабыдоолордун жыштыгы. Ар түрдүү курактагы өтөгү таш оорусунун менен ооруган 322 оорулуунун лапароскопиялык холецистэктомиясынын жыйынтыктары берилди. Жаш жана орто жаштагыларда (115 жана 141 адам) кабылдап кетүүлөр бирин-экин эле болду (0,9 жана 2,1 %). Улгайган курактагыларда (60 адам) 2 оорулуунун жарааты кабыл кетти (1,4 %). Жашы өйдөлөгөн сайын кабылдоолор көп болбойт.

**Негизги сөздөр:** өтөгү таш оорусу, курч жана өнөкөт холецистит, операция жасоо, эндовидеолапароскопия, жаш курак, операцияга көрсөтмө, кабылдоо, натыйжалар.

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS  
OF DIFFERENT AGE GROUPS

Alymkulov M.Ch.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The aim of the work was to evaluate the treatment of patients with cholelithiasis different age groups. We used clinical parameters: duration of surgery, the complication rate at the time of and after the operation. The results of laparoscopic cholecystectomy in 322 patients with gallstone disease in different age groups. In young and middle age (115 and 141 people). Complications were isolated (0.9 and 2.1%). In old age, complications occurred in 2 patients (1.4%). With increasing age does not increase the rate of complications.

**Keywords:** cholelithiasis, acute and chronic cholecystitis, surgery, endovideolaparoskopiya, age group, indications for surgery, complications, outcomes.

**Введение.**

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) распространенное заболевание во всем мире и Кыргызская Республика не является исключением [3,5] и кроме того все исследователи отмечают неуклонный рост заболеваемости, который обусловлен многими факторами: особенностями питания, образа жизни, экологическими. Все авторы отмечают наибольшую заболеваемость у лиц пожилого и старческого возраста, но в последние годы наблюдается увеличение числа больных и в молодом возрасте.[4,5]

Основным методом лечения является хирургический, хотя и разрабатываются методы использования медикаментозных средств и литотрипсии, но пока они еще не нашли широкого применения из-за низкой эффективности. На протяжении многих лет оперативное лечение включало широкую лапаротомию, удаление желчного пузыря и при необходимости выполнение операции на желчных протоках. Но по мере накопления большого клинического материала были выявлены и недостатки метода: травматичность, высокий процент осложнений в ближайшие сроки после операции и большая

частота возникновения послеоперационных вентральных грыж - в отдаленные сроки [6,7]. Появилась необходимость в разработке новых методов оперативного лечения ЖКБ и ее осложнений, чтобы улучшить результаты лечения.

С появлением эндовидеолапароскопических аппаратов появилась возможность использовать эту аппаратуру в лечении больных с многими заболеваниями и, в частности, с ЖКБ. Была разработана методика выполнения операции- получившая название «золотого стандарта», которая имеет большие преимущества перед традиционной лапаротомией. Все исследователи [1,2,8,9] обращают внимание на то обстоятельство, что операция не только малотравматична, но и снижает частоту послеоперационных осложнений, сроки стационарного лечения, сроки нетрудоспособности.

К настоящему времени накоплен достаточный клинический материал, чтобы оценить это оперативное вмешательство, но в литературе рассматривается эффективность в целом на все количество выполненных операций и не дана оценка этого оперативного лечения с учетом возраста оперированных больных.

Цель исследования - представить результаты эндовидео-лапароскопической холецистэктомии при ЖКБ у больных различных возрастных групп.

**Материал и методы исследования.**

Под наблюдением было 322 больных, поступивших по поводу хронического и острого калькулезного холецистита. При определении группы возраста мы пользовались классификацией ВОЗ: молодой от 25 до 44 лет, средний от 44 до 60 лет, пожилой от 60-75 лет, старческий от 75-90 лет, старше 90 лет – долгожители. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Наиболее часто поступали женщины в сравнении с мужчинами (5,6:1,0). Большую часть больных составили лица с хроническим калькулезным холециститом и лишь

25 больных- с острым. Это связано с тем, что мы стали выполнять ЛХЭ лишь в последние годы и после освоения методики использовали ее в основном у больных с хроническим холециститом, и очень редко при остром, но и литературные сведения касаются в основном хронических форм холецистита.

При анализе давности заболевания было установлено, что чаще больные поступали на оперативное лечение во всех возрастных группах с давностью до 6 месяцев и от одного года до трех лет (соответственно 46% и 16,4%). Особое внимание было обращено на выявление сопутствующих заболеваний. (табл. 2), которые имеют немаловажность значения в выборе метода лечения больных с ЖКБ.

**Таблица 1.**  
**Распределение больных по полу в различных возрастных группах.**

Пол	Всего		из них в возрасте:							
			молодой n-115		средний n-141		пожилой n-60		старческий n-5	долгожители n-1
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	абс
Женский	273	84,8	92	80,0	125	88,7	51	85,0	4	1
Мужской	49	15,2	23	20,0	16	11,3	9	15,0	1	
Итого	322	100,0	115	100,0	141	100,0	60	100,0	5	1

**Таблица 2.**  
**Характер сопутствующих заболеваний.**

Заболевания	Всего		из них в возрасте				
	абс	%	молодой n-115	средний n-141	пожилой n-60	старческий n-5	долгожители n-1
Гипертоническая болезнь	3	0,9		1	2		
Общий атеросклероз	2	0,6			2		
КБС	5	1,6		1	2	2	
Хронические бронхолегочные заболевания	1	0,3			1		
Хронический пиелонефрит	1	0,3			1		
Сахарный диабет	7	2,2	1	6			
Проляпс митрального клапана	1	0,3		1			
Синдром Жильбера	1	0,3		1			
Пупочная грыжа	1	0,3		1			
Хронический гастрит	1	0,3		1			
Пигментный гепатоз печени	1	0,3	1				
Люмбоишалгия	1	1		1			
Полип желчного пузыря	8	2,5	4	3		1	
Железодифицитная анемия 1 ст	6	1,9	1	5			
Хронический панкреатит	2	0,6	1	1			
Всего	41	12,7	8 (6,9%)	22 (15,6%)	8 (13,3%)	3	

Анализ сопутствующих заболеваний позволил установить, что в молодом возрасте сопутствующие заболевания имели место у 6,9%, в среднем у 15,6% и пожилым у 13,3%. Это требовало выполнения предоперационной подготовки.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, ЭКГ- старше 50 лет, свертываемость крови) использовали УЗИ до операции для определения характера заболевания и в послеоперационном периоде - для своевременного выявления осложнений.

Показанием для выполнения ЛХЭ служило: наличие болевого синдрома с диспептическими явлениями, снижение качества жизни (снижение физической активности, социального и ролевого функционирования), выявление при УЗИ конкрементов в желчном пузыре и изменения стенок пузыря. Противопоказанием служило ожирение – III ст., наличие тяжелых сопутствующих заболеваний. При остром холецистите ЛХЭ выполнялись при сроке острого процесса не более 3 суток. Все операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием.

**Результаты и их обсуждение.**

У всех выполнена ЛХЭ по общепринятой методике. Под эндотрахеальным наркозом (положение больного на спине, со сведенными ногами) после обработки операционного поля, с помощью иглы Вериша наложен пневмоперитонеум (10-12 мм.рт.ст.) в параумбиликальной области установлен 10мм троакар и введен лапароскоп. После ревизии брюшной полости, установлены дополнительные троакары, в эпигастрии 10мм троакар, 2 троакара 5мм установлены ниже реберной дуги по средне-ключичной линии. Операционный стол переведен в положение Фовлера и наклонен влево на 15°. Желчный пузырь освобождали от спаек. После разъединения спаек открыты элементы треугольника Кало, рассечена брюшина в области шейки, по ходу гемостаз.

Выделяли пузырную артерию и пузырный проток, отдельно клипировали (проксимально 2 дистально 1 клип) и пересекали ножницами между клипсами. Электроотсосом эвакуировали желчь из полости пузыря, далее коагуляция ложа электродом в виде лопаточки. Затем ложе и подпеченочное пространство промывали и тщательно осушивали. Желчный пузырь из брюшной полости удаляли через эпигастральную рану. Контроль гемо-и холестаза. В подпеченочное пространство устанавливали контрольный микроиригатор и выводили через рану в правом подреберье и фиксировали. Затем троакары удаляли. Раны ушивали. Характер и частота осложнений даны в таблице 3.

Больных молодого возраста было 115, из них осложнение имело место у одного больного – желчеистечение. После операции через страховой дренаж выделялась желчь и количество ее не уменьшалось. Мы проанализировали ход операции, при которой было установлено, что пузырный проток окаймлял холедох и впадал в области передней стенки холедоха, при выделении пузырного протока были сложности в его обработке из-за нетипичного его впадения в холедох, поэтому было решено, что здесь имеет место повреждение желчных путей. Выполнена релапаротомия и при ревизии обнаружено пристеночное повреждение холедоха, которое в момент первой операции не было замечено. Релапаротомия закончена дренированием холедоха. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 8 сутки выполнена холангиография, дренаж удален. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Других осложнений в этой группе не наблюдали.

Из 141 больного среднего возраста осложнения после операции возникли у 3 больных (2,1%). У одного было кровотечение, после операции через страховой дренаж стала выделяться серозно-геморрагическая жидкость, введение гемостатических средств позволило снизить количество отделяемого при контрольном УЗИ скопление

**Таблица 3.**  
**Характер и частота осложнений в различных возрастных группах после эндовидеолапароскопической холецистэктомии.**

Возрастные группы	Всего осложнений		из них возникли осложнения					
	абс	%	крово-течение	желче-истечение	повреж-дение холедоха	инфильтрат троакарных ран	пневмония	итого
Молодой n-115	1	0,9			1			1
Средний n-141	3	2,1	1	1		1		3
Пожилым n-60	2	1,4		1			1	2
Старческий n-5	1	0,9				1		1
Итого n -322	7	2,2	1	2	1	2	1	7 (2,2)%

жидкости в брюшной полости не обнаружено, дренаж удален на 3 сутки после операции. В удовлетворительном состоянии выписан домой. При контрольном обследовании через 2 недели: состояние удовлетворительное, при УЗИ патологии не выявлено.

У одной больной отмечено желчеистечение, через страховой дренаж выделилась желчь, количество которой не уменьшалось. На 3 сутки после операции при УЗИ выявлено наличие жидкости в подпеченочном пространстве и в отлогих местах брюшной полости, что явилось основанием для выполнения лапаротомии, при которой выявлено истечение желчи из пузырного протока (произошло соскальзывание клипса), пузырный проток перевязан, брюшная полость тщательно обработана озонированным физиологическим раствором хлорида натрия и дренирована (подпеченочное пространство и малый таз). В послеоперационном периоде получала антибиотики (цефазолин по 1,0 х 2 раза в сутки внутримышечно, метрид по 100,0 мл х 2 раза в сутки внутривенно), инфузионную терапию и обезболивающие средства по показаниям. Состояние постепенно улучшалось, выписана на 12 сутки после лапаротомии в удовлетворительном состоянии. Еще у одной больной этой группы отмечено наличие инфильтрата в области троакарных ран, назначен курс инфракрасного излучения, инфильтраты излечены.

В группе пожилого возраста из 60 оперированных осложнения были у 2 больных, что составило 1,4%. У одной больной на 3 сутки повысилась температура тела, боли в грудной клетке и при рентгенологическом исследовании выявлена пневмония. К лечению добавлен еще один антибиотик, вибромассаж грудной клетки, отхаркивающие средства, состояние быстро улучшалось и она была выписана.

Еще у одной больной этой группы появилось желчеистечение на вторые сутки после операции, но количество желчи постепенно уменьшалось, страховые дренажи обеспечивали адекватное дренирование. Повторная операция не производилась, дренажи удалены после прекращения отделяемого, а при УЗИ жидкости в подпеченочном пространстве не определялось. В старческом возрасте из 5 оперированных у одного возник

инфильтрат в области троакарных ран. Долгожителем была только одна больная, осложнений у нее не отмечено.

Из 322 больных переход на конверсию отмечен у 2,5% больных из-за сложностей выделения пузырной артерии и пузырного протока. Среднее пребывание в стационаре после ЛХЭ составило 3,9±0,92 койко-дней.

Таким образом наши исследования показали целесообразность выполнения ЛХЭ во всех возрастных группах, но с обязательным учетом показаний и противопоказаний к данному типу операций. Осложнения отмечены на начальном этапе наших исследований и их частота не зависела от возраста больных.

### Литература:

1. Запорожан В.Н. *Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии.* [Текст]/ В.Н. Запорожан. Киев: Здоровье.-2012.-301 с.
2. Луцевич Э.В. *Возможности эндохирургической коррекции сочетанной хирургической патологии* [Текст]/ Э.В. Луцевич, Э.А. Галямов // 6-ой Всероссийский съезд по эндохирургии. Москва, 2013.- С.78-81.
3. Мамакеев, М.М. *Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита* [текст]/М.М. Мамакеев//Хирургия Кыргызстана,-2008.-№1.-С.19-25
4. Меджидов, Р.Т. *Сложные и нерешенные проблемы лапароскопической холецистэктомии.* [текст]/Р.Т.Меджидов, М.А. Ибраимов//Анналы хирургии.-2011.-№6.-С.56-58.
5. Оморов Р.А. *Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии.* [текст]/Р.А. Оморов, Б.А. Авазов, Р.К. Бейшенбаев//Бишкек: Maxima, 2005.-337с.
6. Руттенберг Д.Г., *Влияние оперативного доступа на состояние психики пациентов* [Текст]/Д.Г. Руттенберг, А.В. Кобычев // Эндоскопическая хирургия- Москва.- 2013.- №5.- С. 45-48
7. Сажин, В.П. *Возможности эндоскопических методов лечения холедохолитиаза* [текст]/В.П. Сажин, В.А. Юрицев, В.М. Савельев// Анналы хирургической гепатологии.-2005.- №2.-С.219-221
8. Tsuyuguchi, T. *Techniques of biliary drainage for acute cholangitis Tokyo Guidelines* [Text]/T.Tsuyuguchi, T. Takada, J. Kawazada //Gasroenterol..Hepatol.-2007.-Vol.14,№1.-P.35-45
9. Zhn, B. *Comparizon of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 74 h of symptom onset during emergency admissions* [Text]/B.Zhn, Z. Zhang, V. Wang// World. y. surg.-2012.-Vol. 36, #1.-P.2654-2658.