

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра факультетской хирургии,  
(зав. каф. – д.м.н., проф., член-корр. НАН КР Оморов Р.А.).  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E - mail: rahatomorov@yahoo.com*  
*aitike\_89@mail.ru*

**Резюме.** Цель - предоставить результаты лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулёзным холециститом. Операции выполнены у 261 больного с применением 3-х и 4-х портового доступа под эндотрахеальным наркозом. Осложнений в момент операции не было, а в последующие периоды у 5 больных были осложнения. С целью профилактики воспалительных осложнений у лиц среднего возраста (160 человек) использовали введение антибиотика до операции и к концу, орошение подпеченочного пространства после холецистэктомии озонированным раствором хлорида натрия. У лиц пожилого и старческого возраста (101 чел.) к концу операции в круглую связку печени вводили антибиотик с лимфотропной смесью. После завершения основного этапа операции с целью уменьшения болевого синдрома правый купол диафрагмы, ложе желчного пузыря орошали раствором лидокаина и инфильтрировали области троакарных ран. Осложнения составили 1,9% (5 человек).

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, меры профилактики.

## ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ӨНӨКӨТ ТАШ ООРУСУН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЫКМАСЫ МЕНЕН ДАРЫЛОО ЖАНА СЕЗГЕНУҮЛӨРҮН АЛДЫН АЛУУ ИШ ЧАРАЛАРЫ

**Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
факультеттик хирургия кафедрасы,  
(кафедранын башчысы – м.и.д., проф., КР УИА мүчө-корр. Оморов Р.А.)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иштин максаты – өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу менен ооруган бейтаптарды лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы менен дарыло-

онун натыйжалары. 261 оорулууга эндотрахеалдык наркоз менен 3 жана 4 портту лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы менен операция жасалды. Операция учурунда сезгенүүлөр болгон эмес, ал эми кийинки мезгилдерде 5 оорулууда пайдаланды. Сезгенүүлөрдүн алдын алуу максатында орто курактагы бейтаптарга (160 адам) антибиотикопротифилактиканы операцияга чейин жана операциянын аягында киргизүүнү, операциянын аягында боордун астын хлорид натрийдин озон эритмеси менен суугарууну сунуш кылдык. Карыган жана улгайган адамдарга (101) операциянын акырында боордун тегерек связкасына антибиотик жана лимфотроптук аралашманы куйууну колдондук. Операциянын негизги этабы бүткөндөн кийин оорунун сезгенүүсүн азайтуу максатында диафрагманын оң капталына, өттүн ордуна, троакарлык жараларга лидокаин эритмесин куйууну сунуш кылдык. Операциядан кийинки сезгенүүлөр 1,9% түздү (5 адам).

**Негизги сөздөр:** өт баштыкчанын таш оору, лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы, сезгенүүлөрү, алдын алуу чараларын.

## LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND MEASURES TO PREVENT COMPLICATIONS

**R.A. Omorov, A.U. Aitikeev**

Kyrgyz state medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of faculty surgery  
(head. Department-MD, Prof., member-corr. NAS KR Omorov R.A.)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract.** The aim is to present the results of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis. Operations were performed in 261 patients with the use of 3 and 4-port access under endotracheal anesthesia. There were no complications at the time of the operation, and in subsequent periods 5 patients had complications. In order to prevent inflammatory complications in middle-aged people (160 people), antibiotic administration before surgery and by the end, irrigation of the subhepatic space after cholecystectomy with ozonated sodium chloride solution was used. In elderly and senile patients (101) by the end of the operation, an antibiotic with a lymphotropic mixture was injected into the round ligament of the liver. After completion of the main stage of the operation in order to reduce the pain syndrome, the right dome of the diaphragm, the bed of the gallbladder was irrigated with lidocaine solution and infiltrated the areas of trocar wounds. Complications were 1.9% (5 people).

**Key words:** cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, complications, preventive measures.

**Введение.** Желчекаменная болезнь во многих странах мира и пока нет (ЖКБ) распространенное заболевание тенденции к ее снижению, а наоборот

многие исследователи отмечают рост заболеваемости [1,2,3], и кроме того стали чаще поступать больные с осложненными формами, диагностика и лечение которых, более сложны, и поэтому проблема хирургического лечения острого холецистита и в настоящее время остается одной из актуальных в абдоминальной хирургии [4,5].

В последние годы все реже и реже применяется традиционная открытая холецистэктомия, чаще используются миниинвазивные методы – минилапаротомная и особенно лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). ЛХЭ дает новые возможности лечения больных с острым холециститом, и многие хирурги называют этот метод «золотым стандартом» [6,7]. Однако несмотря на появление новых технологий, разработку техник выполнения этой операции и преимущества ЛХЭ перед открытой операцией, она не решила проблему осложнений, и кроме того, как указывают ряд исследователей после ЛХЭ болевой синдром является причиной снижающей ценность данного вмешательства [8,9].

**Цель работы** - дать анализ результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и оценить использование мер профилактики осложнений.

#### **Материал и методы обследования**

Под наблюдением находились 261 больной, которым была выполнена ЛХЭ по поводу острого калькулезного холецистита в период с 2015 по 2018 годы. Все больные были информированы (информационный лист и информационное согласие пациента) и подписали согласие на операцию. Данное исследова-

ние прошло комиссию по Биоэтике КГМА им. И.К. Ахунбаева (выписка из протокола №7 от 23 января 2018 года). Из этого числа больных нами выделена группа пациентов среднего возраста (от 44 до 60 лет - 160 чел.) и группа лиц пожилого и старческого возраста (от 60 до 75 лет - 101 чел.) Среди них в группе среднего возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 49 (30,6 %), а в группе пожилого и старческого возраста у 62 (61,4%).

Сроки поступивших в группе среднего возраста колебались от 6 часов до 4 суток, но большинство поступало со сроком заболевания от 12 до 24 часов, в то время как среди лиц пожилого и старческого возраста большинство госпитализировали с давностью от 24 до 72 часов.

Противопоказанием для ЛХЭ считали ожирение IV степени, сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации, а так же, наличие местного и разлитого перитонита, механическая желтуха на почве холедохолитиаза.

В обследовании больных использовали клинические показатели, лабораторные (анализ крови, почечно-печеночные тесты, свертываемость крови) и инструментальные (УЗИ до и в после операционном периоде).

Полученные результаты исследования обработаны путем вычисления относительных величин (%).

#### **Результаты и обсуждение**

У всех больных операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением 3-х и 4-х портового доступа. В начале операции вводили 3 порта, при технических трудностях и сложно-

стях вводили дополнительный 4 порт для лучшей визуализации и манипуляций.

После основного этапа операции удаления желчного пузыря проводили тщательный контроль на гемо- и желчестаз, затем орошали подпеченочное пространство озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10ед/мл. с последующей аспирацией. У 18 больных подпеченочное пространство орошали антисептиком 0,02% раствором декасана, с целью профилактики воспалительных осложнений, до операции всем больным вводили внутривенно 1,0 цефтриаксона, а больным с флегмонозной формой в конце операции через эпигастральный порт в круглую связку печени вводили 1,0 цефтриаксон с лимфотропной смесью (гепарин 70 ед/кг+8-12 ед. лидазы +1 мл тактивина + новокаин 0,5%-15-20 мл. Для снижения болевого синдрома после выполнения всех этапов операции правый купол диафрагмы и ложе пузыря орошали 1% раствором лидокаина и инфильтрировали троакарные раны.

Конверсия потребовалась 4 больным (1,5%), из них у двоих в связи с возникшим кровотечением при выделении пузырного протока и артерии, и у двух в связи с трудностями удаления желчного пузыря (по 2 наблюдения у больных среднего и пожилого возраста).

Мы проследили за течением послеоперационного периода, при этом отметили отсутствие воспалительных осложнений, что обусловлено введением антибиотиков перед операцией и к ее концу, региональной лимфостимуляцией, как утверждают Бородин Ю.И. и Любарский М.С. и соавт. [10,11], введение антибиотиков с лимфотропной смесью обеспечивает максимальное поступление медикаментозных средств в очаг поражения и сохраняет концентрацию антибиотика в терапевтической дозе в течении суток.

Нами отмечено благоприятное послеоперационное течение в результате применения лидокаина, для снижения интенсивности болевого синдрома, что позволило снизить расходование обезболивающих средств после операции и раннюю активизацию. Методика применена у 48 больных, при этом интенсивность болевого синдрома уменьшилась в 1,5 раза и держалась в пределах 1-2 по шкале ВАШ.

Для выявления интенсивности болевого синдрома через 2, 4, 16, 24, 48, 72 часа после операции использовали показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ/VAS- которая была предложена Huskisson) [12,13], которой пользуются анестезиологи и реаниматологи [14], результаты даны в таблице.

Таблица – Показатели ВАШ

0	1	2	3	4	5
Отсутствует боль	Легкая боль	Средняя боль	Выраженная боль	Сильная боль	Невыносимая боль
0	1-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Наши, хоть и малочисленные еще исследования показали целесообразность применения лидокаина (с учетом аллергического анамнеза).

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных, у одного из них проведена повторная операция (группа среднего возраста). После операции по страховому дренажу была геморрагическая жидкость, проведена гемостатическая терапия, после которой кровотечение прекратилось, но при УЗИ обнаружено скопление жидкости в подпеченочном пространстве. При повторной операции обнаружено, что кровотечение было из ложа желчного пузыря, которое остановлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Желчеистечение возникло у 2 больных (по одному случаю в каждой группе). У одного уже в первые часы после операции через дренаж выделялась желчь в большом количестве, при повторной операции установлено, что желчеистечение обусловлено соскальзыванием клипсы с пузырного протока, проток перевязан. Послеоперационный период прошел без осложнений. У второго больного с желчеистечением повторная операция не потребовалась, количество желчи постепенно уменьшалось, а затем прекратилось. При контрольном УЗИ скопления жидкости в брюшной полости не обнаружено. У 2 больных были выявлены инфильтраты в области троакарных ран.

Следовательно, послеоперационные осложнения составили 1,9% (5чел). Все они к моменту выписки излечены. Среднее пребывание больных в стационаре у больных среднего возраста со-

ставляло  $4,2 \pm 0,32$ , а у пожилого возраста  $5,2 \pm 0,27$ .

#### **Выводы:**

1. Лапароскопическая холецистэктомия у лиц среднего и старшего возраста возможна, но с учетом противопоказаний.

2. При использовании мер профилактики осложнений конверсия составила 1,5 % (4 человека), а осложнения составили 1,9% (5чел).

3. Использование мер профилактики осложнений обеспечивает благополучное течение послеоперационного периода, а применение лидокаина способствует снижению болевого синдрома.

#### **Литература**

1. *Amboldi, M. Complications of videolaparoscopic cholecystectomy: a retrospective analysis of 1037 consecutive cases [Text] / M Amboldi, A Amboldi, G Gherardi, L Bonandrini. // Int Surg.- 2011 Jan-Mar; 96(1).-P.35-44.*
2. *Brescia, A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients [Text] / A. Brescia et al. // Surgeon. – 2013 – Vol. 11. – Suppl. 1. – P.14–18.*
3. *Галиуллин, Р.Н. Лапароскопические операции в неотложной хирургии органов брюшной полости [Текст] / Р.Н. Галиуллин // «Креативная хирургия и онкология» г.Уфа.- 2015.- № 5.-С.25-28.*
4. *Оморев, Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие операции [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Авасов, Р.К. Бейшенбаев / / Бишкек, ОсОО «Maxima». - 2015.- 227 с.*
5. *Мусаев, У.С. Современные подходы к оперативному лечению больных с желчекаменной болезнью и ее осложнений [Текст] / У.С Мусаев.: авторе-*

- ферат дис. доктора медицинских наук: 14.01.17 Хирургия. Бишкек, 2015. - 32 с.
6. Ходаков, В.В. Операции на желчных путях из минилапаратомного доступа [Текст] / В.В.Хомяков, Ю.С.Рямов // Хирургия.-2007.-№8.-С.47-50
  7. Курбанов, Ф.С. Видеоэндоскопическое хирургическое лечение желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / Ф.С. Курбанов, С.Ф. Аббасова, С.Р. Добровольский // Хирургия. -2011. - № 12. - С. 44-46.
  8. Добровольский, С.Р. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп [Текст] / С.Р. Добровольский, А.Р. Рамазанова, Ф.С. Курбанов // Хирургия. – 2014. – № 9. – С. 11–15.
  9. Бородач, А.В. Возможные факторы патогенеза острого калькулезного холецистита [Текст] / А.В Бородач, В.А. Бородач//Анналы хирургической гепатологии.- 2010.-№3.-С.41-47. Бородин, Ю.И. Фундаментальные исследования в лимфологии и их внедрение в клиническую практику [Текст] / Ю. И. Бородин - .М: Медицина, 1994.- 252 с.
  10. Любарский, М.С. Сочетание лимфогенной терапии гнойных ран [Текст]/ М.С. Любарский, А.Ю.Летягин, В.Х. Габитов.// Бишкек: ИЛИМ, 1995.-134 с.
  11. Hawker, G.A. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain [Text] /G.A. Hawker, S Mian, T Kendzerska, M French // Arthritis Care Res (Hoboken).- 2011.- 63 Suppl 11.- P.240–252.
  12. Оморов, Р.А. Комплексный подход в снижении болевого синдрома после видеолапароскопической холецистэктомии [Текст] / Оморов Р.А., Айтикеев А.У., Кубатбеков Р.К.// Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.-2018.-№1.-С.86-89.
  13. Овечкин, А.М. Обезболивание и управляемая седация в послеоперационный период: реалии и возможности [Текст] / А.М. Овечкин, Д.В. Морозов, И.П. Жарков //Вестник интенсивной терапии. - 2001.-№4.-С.47-60.