

## СТАТЬЯ

УДК 616.361-089-06

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ****Жортучиев Р.К., Чапыев М.Б., Эраалиев Б.А.***Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики,  
Бишкек, e-mail: myktybek@rambler.ru*

В статье приведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 6381 больного с желчекаменной болезнью, хроническим холециститом и острым холециститом, которым была произведена лапароскопическая холецистэктомия в различные периоды освоения метода. В зависимости от периодов освоения метода пациенты были разделены на три группы: В первую группу вошли 1446 (32,1%) больных с острым осложненным холециститом, оперированных в период с 1996 по 2004 г. В эти периоды шло активное освоение методов лапароскопической холецистэктомии, выработка оптимальных сроков операции, пересматривались показания и противопоказания. Во вторую группу вошли 1225 (27,2%) больных с острым осложненным холециститом, оперированных в период с 2005 г. по 2008 г. В этот период команда врачей-хирургов уже в достаточной степени овладела и отточила свое мастерство при выполнении лапароскопической холецистэктомии. В третью группу вошел 1841 больной (32,1%) с острым осложненным холециститом, оперированный в период с 2009 по 2017 г. В этот период хирургическая бригада учитывала все недостатки и ошибки предшествующих периодов. В основном, в этот период учитывался прогностический критерий осложнений после лапароскопической холецистэктомии. Обязательным условием успешного проведения лапароскопических и видеоэндоскопических оперативных вмешательств при остром холецистите является приобретение достаточного практического и клинического опыта проведения малоинвазивных видеоэндоскопических вмешательств. Приобретенный нами опыт оперативного лечения больных острым холециститом с максимально ранним выполнением видеоэндоскопических диагностических вмешательств позволит своевременно дать оценку хирургической ситуации и выполнить адекватные хирургические вмешательства в первые 12–24 часов заболевания. Между тем обязательным условием успешного выполнения видеолапароскопических и эндоскопических хирургических вмешательств при остром холецистите – это наличие в достаточной мере приобретенного опыта выполнения этих манипуляций. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) имеет индивидуальные ограничения и свои пределы разрешающей способностей, которые нельзя не учитывать врачу-хирургу различного профессионального уровня.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый, хронический холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, хирургия

**COMPARATIVE PE ASSESSMENT OF RESULTS PE ENDOVIDEO SURGICAL  
INTERVENTIONS PE AT THE GALLSTONE RE OF THE DISEASE****Zhortuchiev R.K., Chapyev M.B., Eraaliev B.A.***National surgical center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek,  
e-mail: myktybek@rambler.ru*

The comparative analysis of results of surgical treatment of 6381 patients with cholelithiasis, chronic cholecystitis and sharp cholecystitis which made a laparoscopic holetsistektomiya during various periods of development of a method is given in article. Depending on the periods of development of a method patients were divided into three groups: 1446 patients (32.1%) with the sharp complicated cholecystitis operated during the period from 1996 to 2004 entered into the first group. To the specified period there was an active development of methods of a laparoscopic holetsistektomiya, development of optimum terms of operation, indications and contraindications were revised; 1225 patients (27.2%) with the sharp complicated cholecystitis operated during the period from 2005 to 2008 entered into the second group. During the specified period the surgical crew already sufficiently seized and perfected the skill when performing a laparoscopic holetsistektomiya; Entered into the third group 1841 patients (32.1%) with the sharp complicated cholecystitis operated during the period from 2009 to 2017. During this period the surgical crew considered all shortcomings and errors of the previous periods. Generally during this period the predictive criterion of complications after a laparoscopic holetsistektomiya was considered. An indispensable condition of successful performing laparoscopic and video endoscopic surgeries at sharp cholecystitis is acquisition of sufficient practical and clinical experience of carrying out low-invasive videoendoskopichesky interventions. The experience gained by us expeditious treatment of patients with sharp cholecystitis with the earliest performance of video endoscopic diagnostic interventions vozvolit in due time to give an assessment on a surgical situation and to execute adequate surgical interventions in the first 12-24 hours of a disease. Between that indispensable condition of successful performance of video laparoscopic and endoscopic surgical interventions at sharp cholecystitis this existence adequately the gained experience of performance эти manipulations. The laparoscopic holetsistektomiya (LHE) has individual restrictions and the limits allowing abilities which the doctor-surgeon of various professional level should not consider.

**Keywords:** cholelithic disease, sharp, chronic cholecystitis, laparoscopic holetsistektomiya, surgery

С увеличением числа больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ) и острым осложненным холециститом (ОХ) возросла и роль применения малоинвазивных

оперативных вмешательств на желчевыводящих путях, а именно лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) [1–3]. Безусловно желчекаменная болезнь в настоящее время

является и остается самым распространенным заболеванием современности [4, 5].

Этот факт подтверждают периодические статистические данные Всемирной организации здравоохранения: из всего населения мира более 10% страдают этим заболеванием и оно имеет тенденцию роста в 2 раза каждые последующие десятилетия [6, 7]. А между тем с применением лапароскопических технологий в современной медицине количество лапароскопических холецистэктомий составляет 90–95% [7, 8]. Широкому распространению применения лапароскопической холецистэктомии перед традиционной лапаротомной холецистэктомии способствуют следующие факторы: прежде всего, низкий процент травматичности операции, низкий процент послеоперационных осложнений, легкая переносимость операции больными, высокий косметический показатель послеоперационных рубцов, меньший срок на реабилитацию [9, 10].

В этой связи, с внедрением в 1996 г. лапароскопической холецистэктомии в стенах Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, мы по мере освоения, накопления практического и клинического опыта выработали ряд усовершенствованных технических приемов, которые широко используются в республике.

Цель исследования: провести сравнительную оценку результатов эндовидеохирургических вмешательств (ЛХЭ) при желчекаменной болезни в различные периоды освоения метода.

#### Материалы и методы исследования

В стенах Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в различные периоды освоения метода лапароскопической холецистэктомии был прооперирован 6381 больной с ЖКБ, хроническим холециститом (ХХ) и острым осложненным холециститом, которым были проведены эндохирurgical вмешательства.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Следует отметить, что большинство больных по половозрастным признакам составили женщины и лица старше 40 лет. Из 6381 больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, из них женщины составили 5138 (80,5%), а мужчины 1243 (19,5%). При распределении по возрасту лица в зрелом и трудоспособном состоянии были в следующем порядке: от 21 лет до 30 лет 317 (5,0%) больных, 31–40 лет – 1419 (22,2%), 41–50 лет – 1800 (28,2%), 51–60 лет – 1202 (18,8%) больных. А также составившие тяжелую группу и в возрасте старше 60 лет 1605 (25,2%) больных (табл. 1).

Как видно из рис. 1, острый осложненный холецистит выявлен у 4512 больных (70,7%): с каменным холециститом прооперирован 4491 больной (70,4%), а острым некалькулезным с осложненной формой холецистита операция проведена у 21 больного (0,3%), а хроническая форма холецистита встречалась у 1869 больных (29,3%).

Таким образом, по нашим данным лапароскопическая холецистэктомия при остром осложненном холецистите проводилась в 3,5 раза больше, чем при хроническом холецистите. В то же время в течение многих лет в развитии и внедрения в практику лапароскопической хирургии, острая форма осложненного холецистита считали противопоказанием к проведению лапароскопической операции. Наверное, при этой осложненной форме считали и относили этк операцию к категории «трудной» лапароскопической холецистэктомии.

Как видно из рис. 2, с диагнозом острый калькулезный холецистит (ОКХ) прооперировано 1026 больных (21,5%), с острым флегмонозным холециститом (ОФХ) 2999 больных (66,9%) и с острым гангренозным холециститом (ОГХ) 487 пациентов (11,6%). Таким образом, деструктивные формы остро осложненного холецистита выявлены у 3486 (77,3%) больных.

Таблица 1

Половозрастное распределение больных

По полу	Распределение по возрастам						Итого:	
	до 20 лет	от 21 до 30	от 31 до 40	от 41 до 50	от 51 до 60	старше 60	абс.	%
м	2	28	331	452	146	284	1243	19,5
ж	36	289	1088	1348	1056	1321	5138	80,5
Абс.	38	317	1419	1800	1202	1605	6381	100
%	0,6	5,0	22,2	28,2	18,8	25,2		

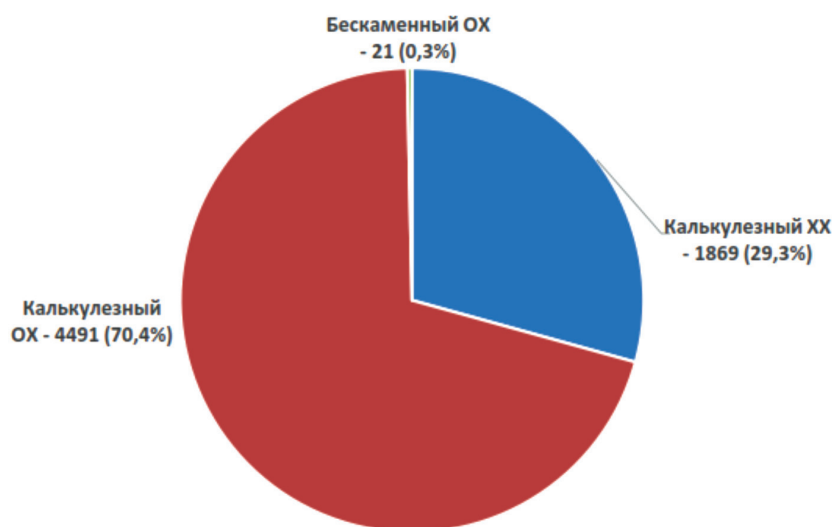


Рис. 1. Распределение больных по клиническим формам холецистита

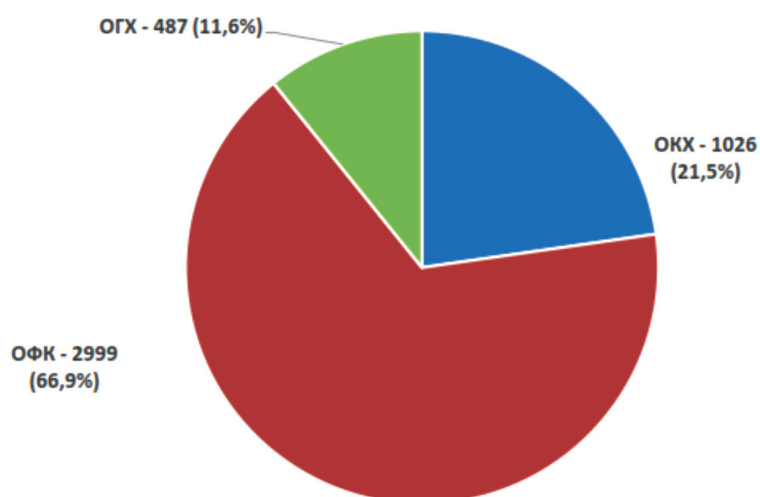


Рис. 2. Распределение больных по клинко-морфологическим формам ООХ

Как известно, эффективность любого эндохирургического метода зависит от опыта хирурга, практических наработок оперирующей команды. В связи с этим, учитывая этапы освоения и практического внедрения лапароскопических технологий в Национальном хирургическом центре прооперированные больные были разделены на 3 группы.

1446 пациентов составили первую группу (32,1%) с острым осложненным холециститом, оперированных в период с 1996 по 2004 г. В этот период активно осваивали ме-

тоды лапароскопической холецистэктомии, вырабатывались показания и противопоказания и оптимальные сроки операции.

Во вторую группу вошли 1225 больных (27,2%) с острым осложненным холециститом, оперированных в период с 2005 по 2008 г. В этот период команда видеондоскопических хирургов успешно приобрела практические и клинические навыки проведения лапароскопической холецистэктомии.

В третью группу вошли 1841 больной (32,1%) с острым осложненным холеци-

ститом, оперированных в период с 2009 по 2017 г. В этот период хирургическая бригада учитывала все недостатки и ошибки предшествующих периодов. В основном в этот период учитывался прогностический критерий осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Нами были проанализированы осложнения во время операции и в раннем послеоперационном периоде в зависимости от периода освоения лапароскопической холецистэктомии (табл. 2).

Из табл. 2 видно, что интраоперационные осложнения в первой группе возникли у 70 (4,8%) больных, во второй группе – у 18 (1,5%) и в третьей группе – у 8 (0,4%) больных. С каждым годом с приобретением опыта и применением прогностических критериев развития осложнений после лапароскопической холецистэктомии интраоперационные осложнения снижались. Если в начале применения лапароскопической холецистэктомии ее чаще применяли при хроническом холецистите, то с приобретением опыта наша бригада лапароскопическую холецистэктомию применяла в основном при остром холецистите. С применением прогностических критериев развития интраоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии осложнения снизились в 9 раз.

Следует отметить, что некоторые осложнения, возникшие во время операции в период освоения лапароскопической холецистэктомии, в последующие периоды, с приобретением практических и клиниче-

ских навыков не встречались. Так в первый период у 5 больных (0,3%) выявлена несостоятельность культи пузырного протока, у 2 больных (0,1%) кровотечение из мелких сосудов передней брюшной стенки. В последующие этапы вышеуказанные осложнения не встречались, несмотря на выполнение лапароскопических вмешательств. Отсюда можно резюмировать о значимости приобретения практических и клинических навыков оперирующего врача-хирурга, от своевременно поставленного диагноза и показаний к операции.

При выборе хирургической тактики исходили в индивидуальном порядке от срока, характера повреждения и времени его обнаружения.

При проведении анализа причин приведших к ятрогенным повреждениям при проведении видеолапароскопической холецистэктомии мы выделили следующие факторы: клинические и анатомические характеристики органов, малый практический опыт врача-хирурга, технические затруднения при операции. К примеру, у 9 пациентов в области желчного пузыря мы выявили атипичное соотношение протоковых и сосудистых элементов, также 927 пациентов в печеночно-двенадцатиперстно-поджелудочной области обнаружены выраженные воспалительные, инфильтративные и спайчные процессы. А такой фактор, как малый практический опыт врача-хирурга, повлекший ятрогенное повреждение, наблюдали у 2 пациентов в первый период освоения метода.

**Таблица 2**

Сравнительная оценка интраоперационных осложнений в зависимости от периода освоения лапароскопической холецистэктомии

Осложнения	Первая группа (n = 1446)		Вторая группа (n = 1225)		Третья группа (n = 1841)	
	Кол-во больных	Уд. вес (%)	Кол-во больных	Уд. вес (%)	Кол-во больных	Уд. вес (%)
Интраоперационные осложнения	70	4,8	18	1,5	8	0,4
Несостоятельность культи пузырного протока	5	0,3	–	–	–	–
Кровотечение из сосудов передней брюшной стенки	2	0,1	–	–	–	–
Кровотечение из пузырной артерии	33	2,3	6	0,5	–	–
Кровотечение из ложа ЖП	3	0,2	4	0,3	1	0,05
Желчеистечение из ложа ЖП	12	0,8	6	0,5	7	0,4
Повреждение воротной вены	2	0,1	–	–	–	–
Холедострый осложненный холециститодуоденальный свищ	2	0,1	–	–	–	–
Повреждение гепатика	12	0,8	2	0,2	–	–
Конверсия	162	11,2	18	1,5	2	0,1



Желчеистечение из ложа желчного пузыря встречалось во всех трех группах. В первой группе – у 12 (0,8%), во второй – у 6 (0,5%) и в третьей группе – у 7 (0,4%) больных. Во всех трех группах желчеистечение из ложа желчного пузыря остановлено консервативным путем. Это зависело от того, что после лапароскопической холецистэктомии подпеченочное пространство было хорошо дренировано. В первые сутки, когда начиналось желчеистечение, мы назначали дезинтоксикационную и антибиотикотерапию. Строгий постельный режим и динамическое наблюдение. Во всех случаях желчеистечение из ложа желчного пузыря постепенно сокращалось количество выделяемой желчи и на 4–5 сутки закрылось самостоятельно.

Кровотечение из пузырной артерии в первый период встречалось у 33 (2,3%) и во второй период – у 6 (0,5%) больных. В последние годы с приобретением опыта эти осложнения не наблюдались.

Кровотечение из ложа желчного пузыря в первой группе было у 3 (0,2%), во второй группе – у 4 (0,3%) и в третьей группе – у одного (0,05%) больного. Как мы видим, с приобретением опыта уровень этого осложнения идет к снижению. Иногда при деструктивных формах, а именно при остром флегмонозном и гангренозном холецистите, при сложностях остановки кровотечения из ложа желчного пузыря, мы применяли Тахоком. Таким образом, это осложнение в некоторых случаях не зависит от оперирующего хирурга, а зависит от морфологической формы острого холецистита.

В начале освоения лапароскопической холецистэктомии у двух больных (0,1%) было повреждение воротной вены. В обоих случаях была произведена традиционная лапаротомия и ушивание поврежденной воротной вены.

Повреждение гепатика при остром осложненном холецистите наблюдали в первой группе – у 12 (0,8%), а во второй – у 2 (0,2%) больных. Конверсия же с приобретением практических и клинических навыков лапароскопической холецистэктомии снизилась. Если в период освоения лапароскопической холецистэктомии, в первый период, конверсия лапароскопической холецистэктомии в традиционную лапаротомию была у 162(4,7%) больных, то во второй период – у 18 (1,5%). В третьем периоде, когда мы применяли прогностические критерии выполнения лапароскопической холецистэктомии, конверсия была у 2 (0,1%) больных.

## Выводы

1. Приобретенные нами клинические и практические навыки оперативного лечения больных с острым осложненным холециститом с максимально ранним выполнением лапароскопической диагностики позволят своевременно дать оценку хирургической ситуации и провести адекватное хирургическое малоинвазивное вмешательство в первые 12–48 ч заболевания.

2. Необходимым условием успешного проведения видеолaparоскопических и видеоэндоскопических оперативных малоинвазивных вмешательств при остром осложненном холецистите является наличие достаточного клинического и практического опыта их выполнения.

3. Врачу-хирургу любого профессионального уровня необходимо учитывать ограничения и пределы разрешающей способности лапароскопической холецистэктомии.

## Список литературы

1. Сопуев А.А., Самаков А.А., Овчаренко К.Е., Мамакев Ж.Б. Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста // Вестник КГМА. 2012. № 2. С. 31–36.
2. Таджикибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К проблеме осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. 2010. Т. 14. № 5. С. 58–60.
3. Чапыев М.Б., Калжикеев А.М., Тилеков Э.А., Элеманов Н.Ч., Сыдыгалиев К.С., Чынгышова Ж.А. Результаты традиционной эндохирургии желчекаменной болезни и острого холецистита в различные периоды освоения метода // Молодой ученый. 2016. № 21. С. 105–111 [Электронный ресурс]. URL: <https://moluch.ru/archive/125/34859/> (дата обращения: 16.11.2018).
4. Гюльалиев Ф.Я., Закирзянов М.Х., Бахрафов Э.Н. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии // Казанский медицинский журнал. 2010. Т. 91. № 3. С. 348–350.
5. Мамакев М.М., Жортучиев Р.К., Джансенгиров А.С., Сопуев А.А., Салибаев О.А. Конверсия лапароскопической холецистэктомии // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1 [Электронный ресурс]. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=11912> (дата обращения: 16.11.2018).
6. Уханов А.П., Игнатьев А.И., Ковалев С.В., Чахмахчев С.Р., Новожилов Е.В., Артюхов С.В., Чарчян Г.Л., Хачатрян Г.Б., Уверткин Р.Ю. Использование лапароскопической холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010. Т. 169. № 2. С. 15–19.
7. Le V.H., Smith D.E., Johnson B.L. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy in the current era of laparoscopic surgery. *Am. Surg.* 2012. № 78 (12). P. 1392–1395.
8. Звягинцев В.В., Горпинюк В.П., Ставинский Р.А., Фомов Г.В., Чалык Ю.В. Конверсия на лапаротомию при лапароскопической холецистэктомии // Анналы хирургии. 2010. № 5. С. 47–51.
9. Иванов П.А., Гуляев А.А., Дубров Э.Я. Конверсии при видеолaparоскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. 2007. № 3. С. 23–26.
10. Anand A., Pathania B.S., Singh G. Conversion in laparoscopic cholecystectomy: An Evaluation study. *Journal of Medical Education & Research.* 2007. Vol. 9. № 4. P. 171–174.