

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА

Сериков Павел Владимирович

студент, кафедра факультетской хирургии, Медицинский институт,

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород

Аннотация. В статье затронуты вопросы внедрения в хирургическую практику лапароскопического метода лечения острого и хронического холецистита. Проведён сравнительный анализ лапароскопической и открытой методики. По изученным статистическим данным и на клинических примерах доказана эффективность лапароскопической холецистэктомии при наличии показаний к оперативному лечению любых форм холецистита.

Ключевые слова: холецистит, оперативное лечение, лапароскопическая холецистэктомия.

Лапароскопия – инновационный метод хирургии, при котором операции на внутренних органах проводят через небольшие отверстия, не используя больших разрезов, характерных для традиционной хирургии.

На сегодняшний день хронический и острый калькулезный холецистит, ЖКБ являются одними из наиболее распространённых причин госпитализации пациентов в хирургические стационары Белгородской области, по распространённости не уступая острому аппендициту.

Основным методом лечения калькулезного холецистита считается оперативный. До недавнего времени при лечении данного заболевания применяли широкий лапаротомный доступ. Однако, при таком подходе общее количество осложнений варьирует и пределах 1,9% - 20,0%, а летальность 1,0% - 11,0% при различных формах холецистита и, к сожалению, данные цифры не имеют тенденции к снижению. Длительность послеоперационного периода даже при благоприятном течении составляет, как правило, 10 - 14 дней, ещё больше времени уходит на восстановление трудоспособности, а от 2% до 10% больных становятся инвалидами.

Внедрение в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии позволило в значительной степени снизить травматичность операции для пациента и, как следствие, добиться быстрой реабилитации больных, уменьшив риск возможных осложнений. Послеоперационный период для данного вида оперативного вмешательства составляет 2-7 дней, а период нетрудоспособности 7-14 дней, что обуславливает положительное социально-экономическое значение внедрённого метода. Летальность при лапароскопической

холецистэктомии невелика и составляет 0%-0,15%, а общая частота осложнений приблизительно равна 2,2% - 15%. Кроме того, отсутствие большого лапаротомного разреза при операции обуславливает положительный косметический эффект.

Таким образом, анализ литературных данных показал, что для выполнения холецистэктомии с помощью эндоскопической техники, как и для любого оперативного вмешательства, характерны неудачи и осложнения, но риск возникновения данных ситуаций значительно ниже, чем при выполнении стандартной операции с использованием широкого лапаротомного доступа.

Мною были проанализированы 50 клинических случаев острого и хронического холецистита, для лечения которых использовались оперативные лапароскопические методики. Подавляющее большинство пациентов оказались женщины (88%) в возрасте 40-60 лет. Материал был собран на базе ОГБУЗ «Корочанская ЦРБ» и ОГБУЗ "Городская клиническая больница №1 г. Белгорода". Все больные перед проведением операции были обследованы (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ, УЗИ до операции и в послеоперационном периоде для своевременного выявления осложнений). Показанием к эндоскопической холецистэктомии служило наличие конкрементов, воспалительных изменений в окружающих тканях желчного пузыря, бессимптомный холецистолитиаз, полипоз желчного пузыря.

Все 50 операций завершились успешно. В ходе одной из них возникло осложнение – кровотечение из ложа желчного пузыря, обусловленное анатомическими особенностями кровоснабжения желчного пузыря у данного пациента. При проведении еще трёх операций было замечено, что пузырная артерия находится вне треугольника Кало. Только в одном случае в связи с выраженным спаечным процессом в брюшной полости, обусловленным наличием длительно существовавшего воспаления, время выполнения операции было увеличено и составило более 1,5 часов. При подготовки к нескольким операциям пришлось прибегнуть к предварительной чрескожной пункции желчного пузыря под контролем эндоскопической камеры, чтобы снизить напряжённость стенки пузыря и уменьшить вероятность разрыва.

В литературных данных отсутствует единый подход к оценке неудач, осложнений и возникших по ходу операции проблем, усложняющих ход ЛХЭ, что делает практически невозможным проведение сравнительного анализа с открытыми хирургическими вмешательствами.

Подводя итог, можно с уверенностью утверждать, что внедрение данной методики обеспечило высокую (95%-99%) эффективность и ряд значимых преимуществ, что позволяет считать операцию ЛХЭ достойной альтернативой традиционной холецистэктомии и рекомендовать ее для широкого применения в клинической практике. Тем не менее, операция ЛХЭ не исключает многие опасности, присущие традиционной холецистэктомии. Важно

отметить, для данной методики характерны специфические, связанные с применением новой эндоскопической техники и инструментов, трудности, что в свою очередь требует более тщательной и комплексной подготовки врача - хирурга, включающей как теоретическую подготовку, так и практические навыки, отработанные на тренажерах и при многочисленных ассистенциях более опытным коллегам.

Список литературы:

1. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Хирургия. - 2011. - № 9.
2. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мини - инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. - № 6.
3. Добровольский С.Р. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп // Хирургия. - 2011. - № 9.
4. Иванова Т.В. Неудачи, ошибки и осложнения операции лапароскопической холецистэктомии // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.27.- Москва, 1996.
5. Оморев Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие операции // Бишкек: Maxima, 2009.