

**Лапароскопическая холецистэктомия как метод выбора при
лечении острого холецистита**
Астапенко В.В., Марковский А.Г., Хмара Д.В.
*УЗ «5-я городская клиническая больница», Минск, Республика
Беларусь*

Введение. В структуре основных нозологических форм 1-го хирургического отделения УЗ «5-я ГКБ г. Минска» пациенты с острым холециститом (ОХ) занимают второе место (12,5%), уступая только больным с острым панкреатитом (18,7%). Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику малоинвазивных хирургических вмешательств для лечения пациентов с ОХ, что обуславливает необходимость оценки эффективности использования данного метода.

Целью исследования является оценка эффективности и безопасности лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у пациентов с ОХ.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2009 гг. нами было выполнено 389 лапароскопических (ЛХЭ) и «открытых» (ОХЭ) холецистэктомий у пациентов с ОХ в возрасте от 14 до 88 лет. Лапароскопические вмешательства выполнялись на эндовидеохирургическом комплексе «KARL STORZ» (Германия) с использованием электрогенератора лигирования сосудов «Liga Sure». При наличии спаечного процесса в брюшной полости пациентам выполнялся симультантный адгезиолизис. Удаление желчного пузыря производилось через верхний троакарный прокол в эпигастральной области, для облегчения его экстракции и профилактики развития инфекции области хирургического вмешательства выполнялось дробление крупных конкрементов и фрагментирование желчного пузыря с последующим извлечением в контейнере.

Результаты и обсуждение. Результаты хирургического лечения пациентов с ОХ представлены в таблице 1.

За исследуемый период наблюдалось достоверное увеличение количества и удельного веса лапароскопических пособий при ОХ, что достигнуто уменьшением количества относительных противопоказаний к данному виду оперативного вмешательства. При целенаправленном и своевременном выявлении у пациентов декомпенсированной сосудистой и дыхательной недостаточности, склонности к кровоточивости, язвенной болезни, острого интерстициального панкреатита в 1-е сутки после поступления в стационар возможно проведение специализированной

предоперационной подготовки в условиях тесной интеграции со специалистами соответствующего профиля с последующим выполнением лапароскопического пособия. Мы также считаем целесообразным выполнение ЛХЭ в некоторых случаях и позднее 72 часов от начала заболевания (до 5 суток) ввиду отсутствия, согласно нашим наблюдениям, технических трудностей для выполнения данного вмешательства в указанные сроки.

	Количество /уд. вес ЛХЭ	Количество /уд. вес ОХЭ	Частота конверсии	Средний койко- день, ЛХЭ	Средний койко- день, ОХЭ
2005	59 / 73%	22 / 27%	0%	10	12
2006	75 / 77%	22 / 23%	0%	8,9	11,9
2007	57 / 91%	6 / 9%	0%	8,9	12
2008	63 / 93,2%	5 / 6,8%	0%	9,0	13
2009	74 / 93,2%	6 / 6,8%	0%	8,9	14

Таб. 1. Результаты хирургического лечения пациентов с ОХ в 1-м хирургическом отделении УЗ «5-я ГКБ» (2005-2009гг.)

Частота конверсий равна 0%, что обусловлено комплексным обследованием пациентов в предоперационном периоде, тщательным их отбором на основе прогнозирования технической сложности ЛХЭ и совершенствованием хирургической техники оперативного вмешательства.

С 1995 года на базе 1-го хирургического отделения 5-й ГКБ выполнено 1948 лапароскопических холецистэктомий. На начальном этапе имели место следующие типичные осложнения: интраоперационные повреждения внепеченочных желчевыводящих путей (3 случая), истечение желчи (5 случаев) и кровотечение (4 случая) из ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде. Интра- и послеоперационных осложнений ЛХЭ за исследуемый нами период не наблюдалось. Летальных исходов не было.

Выводы. ЛХЭ является методом выбора при лечении пациентов с ОХ и обладает рядом преимуществ по сравнению с «открытой» операцией: уменьшение травматичности хирургического вмешательства, снижение частоты и тяжести послеоперационных осложнений, сокращение продолжительности нахождения пациентов в стационаре, снижение потребности в лекарственных средствах, уменьшение сроков временной нетрудоспособности и, как итог, - значительное снижение стоимости лечения, что в условиях развивающихся стационарозамещающих технологий делает ее одним из наиболее рентабельных оперативных вмешательств.