ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В УСЛОВИЯХ

ЛЕЧЕБНОГОУЧРЕЖДЕНИЯ РАЙОННОГО УРОВНЯ

д.б.н. Малгаждаров М.С.

г.Каскелен, КРБ

**Түйіндеме**.

2010 – 2011 жылдар аралығында клиникамызда 50 лапароскопиялық холецистэктомиялық (ЛХЭ) тәжірибелері өткізілді.

Лапароскопиялық холецистэктомиялық жағдайларды пайдалану барысында ауруханада төсек сандарыда көптеп қысқартылды, кейінгі қалдықсыз жағдайларыменен қарастырғанда.

ЛХЭ барысында дәрі-дәрмектердің шығыны төмендеді.

Резюме.

За период с 2010 по 2011 годы в клинике произведено 50 **л**апароскопических холецистэктомий (ЛХЭ).

Применение лапароскопической холецистэктомии в условиях ЦРБ дало нам возможность в значительной мере сократить количество койко дней, как в случаях без осложнений, так и в осложненных случаях. Немаловажное значение имеет и расход лекарственных препаратов, который в значительной мере снижен при ЛХЭ.

**The resume.**

From 2010 for 2011 in clinic it is made 50 laparoscopic cholecystectomia. Application laparoscopy cholecystectomia in the conditions of the central regional hospital has given the chance to us to reduce appreciably quantity days of a finding on a cot, both in cases without complications, and in the complicated cases. Important value has also the expense of medical products which is appreciably lowered at laparoscopic cholecystectomy.

Материалы и методы.

Работа проводилась в условиях Карасайской районной больницы на базе 35 коечного хирургического отделения. Использовалась лапароскопическая аппаратура германской фирмы Wolf.

Актуальность.

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является одним из наиболее популярных методов лечения холелитиаза как в нашей стране, так и за рубежом. Эта операция заслуженно считается «золотым стандартом» лечения желчекаменной болезни. Её внедрение позволило значительно снизить число послеоперационных осложнений, сократить сроки стационарного лечения и период реабилитации больных.  
Одним из факторов сдерживающих широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургии до настоящего времени является трудности дифференциации и выделения важных анатомических структур в условиях ограниченной видимости при выполнении операции через лапароскопический доступ.

Бурный рост числа эндовидеохирургических вмешательств, по данным различных авторов, в период освоения техники сопровождался значительным увеличением количества, и тяжести интраоперационных осложнений, связанных с ятрогенным повреждением внепечёночных желчных протоков и проходящих в зоне анатомирования крупных артериальных магистралей. По мере накопления опыта лапароскопических операций число этих осложнений снизилось.

Наиболее частым лапороскопическим оперативным вмешательством в наших условиях ЦРБ Карасайского района была лапароскопическая холецистэктомия. Показаниями к данному вмешательству являлась желчнокаменная болезнь, полипоз желчного пузыря, острый холецистит. ЛХЭ проводилась как в плановом, так и в экстренном варианте.

За период с 2010 по 2011 годы в нашей клинике произведено 50 ЛХЭ. Но из них в 3 случаях ЛХЭ закончилась лапаротомией в виду технических сложностей. Все три случая брались на оперативное лечение в экстренном порядке. Если распределить все случаи по половозрастным показателям получается определенная картина (таб.1).

Количество мужчин, которым проведен ЛХЭ составило 15 человек, что составляет 30% от общего количества больных. Количество женщин составляет 35 человек – 70% от общего количества пациентов. Основной возрастной группой является группа 15-65 лет насчитывающая 41 человек – 82%, на втором месте 65 лет и старше 9 человек- 18%, в возрасте от 0-14 лет пациентов не было.

За период с 2010 по 2011 годы в нашей клинике произведено 50 ЛХЭ. Но из них в 3 случаях ЛХЭ закончилась лапаротомией в виду технических сложностей. Все три случая брались на оперативное лечение в экстренном порядке. Если распределить все случаи по половозрастным показателям получается определенная картина (таб.1).

Количество мужчин, которым проведен ЛХЭ составило 15 человек, что составляет 30% от общего количества больных. Количество женщин составляет 35 человек – 70% от общего количества пациентов. Основной возрастной группой является группа 15-65 лет насчитывающая 41 человек – 82%, на втором месте 65 лет и старше 9 человек- 18%, в возрасте от 0-14 лет пациентов не было.

Таблица 1.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | Тип операций | Возраст | | | |
| 0-14 | | 15-65 | 65 и старше |
| мужской | экстренная | 0 | 5 | | 2 |
| плановая | 0 | 7 | | 1 |
| женский | экстренная | 0 | 16 | | 4 |
| плановая | 0 | 13 | | 2 |
| всего | | 0 | 41 | | 9 |

По типу оперативного вмешательства у мужчин преобладают незначительно плановые- 8, экстренные-7 операции, а у женщин экстренные-20 и плановые-15. При гистологическом исследовании мы получили следующую картину больные, оперированные в плановом порядке 23 человека из них 2 человека с полипозом желчного пузыря и 21 с хроническим калькулезным холециститом. Во всех случаях особых технических сложностей не было. Если не считать наличие спаек с сальником, которые были рассечены без осложнений. Нами было проведено 27 экстренных операций из них в 15 случаях был флегмонозный холецистит, в 3 случаях гангренозный, в 1 случае гангренозно-перфоративный с диффузным перитонитом (операция завершена лапаротомией, санацией и дренированием брюшной полости), в 2 случаях было невозможно индентифицировать элементы ворот печени из за выраженной инфильтрации и склерозирования тканей (в обеих случаях по ходу ЛХЭ подверглись конверции). В 6 случаях у пациентов отмечалось наличие водянки желчного пузыря.

При изучения вопросов послеоперационных осложнений мы столкнулись с небольшим количеством осложнений, которые можно условно разделить на 2 группы. Первая связана с воспалительно-нагноительными процессами в области ран - 2 случая и 2 случая желчеистечения из дополнительных желчных ходов, в одном случае продолжавшееся в течении 3 суток, и во втором случае до 5 суток. Учитывая вышеизложенное, мы пришли к мнению о необходимом 100% послеоперационного дренирования брюшной полости.

Применение ЛХЭ в условиях ЦРБ дало нам возможность в значительной мере сократить количество койко-дней, как в случаях без осложнений, так и в осложненных случаях. Немаловажное значение имеет и расход лекарственных препаратов, расход которых в значительной мере снижен при ЛХЭ. При ЛХЭ значительно снижается нахождение больных на листе нетрудоспособности, что имеет большое экономическое значение.

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название оперативного вмешательства | Количество койко- дней | | | Количества койко дней при наличии осложнений |
| ЛХЭ | | 3-5 суток | До 9 суток | |
| ТХЭ | | 7-10 суток | От 12 до 24 суток | |

Учитывая все вышеизложенное, мы с уверенностью можем заявить о необходимости применения лапороскопической холецистэктомии в условиях ЦРБ.

**Выводы:**

1. Безупречное выполнение техники ЛХЭ и правильный отбор пациентов позволяют снизить количество послеоперационных осложнений.

2. Применение ЛХЭ позволяет значительно сократить материальные затраты.