

УДК 616-089-366-033.7

**МИНИ-ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**Н.Р. Рахметов<sup>1</sup>, М.Ж. Аймагамбетов<sup>1</sup>, Л.Ю. Еремина<sup>2</sup>*Государственный медицинский университет города Семей**Кафедра хирургии №1 и интернатуры<sup>1</sup>, Отдел медико-социальной экспертизы №11, г. Семей<sup>2</sup>***ТҰЖЫРЫМ****ӨТ-ТАС АУРУЫ КЕЗІНДЕ КІШІ-ЛАПАРОТОМИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ****Н.Р. Рахметов, М.Ж. Аймагамбетов, Л.Ю. Еремина**

*Хирургиялық ем кезіндегі кіші - лапаротомияның созылмалы калькулезді холециститпен 162 науқастың нәтижелері зерттелді. Жаңа технология кіші – лапаротомиялық оперативті кірісуін созылмалы калькулезді холецистит және оның асқынулары кезінде 98,8% науқасқа жүргізілді. Кіші инвазивті технология операциядан кейінгі асқынуларды 1,2%-ға төмендетті.*

**SUMMARY****MINI-LAPAROTOMY AT SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE****N.R. Rakhmetov, M.Zh. Aimagambetov, L.Yu. Eremina**

*The results of surgical treatment from a mini-laparotomy of 162 patients with a chronic calculus cholecystitis are studied. The use of minimally invasive technologies in surgical interventions of the mini-laparotomic access allows for 98,8% of patients with chronic calculous cholecystitis and its complications to perform cholecystectomy with interventions in the biliary tract. Mini-invasive technology allows to lower postoperative complications to 1,2%.*

**Введение.** Лапароскопическая холецистэктомия является в настоящее время операцией выбора при хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Однако отрицательное воздействие карбоксиперитонеума на организм больных с сердечно-легочными нарушениями и выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, печёчно-двенадцатиперстной связки, механическая желтуха, возможные анатомические особенности гепатопанкреато-билиарной зоны ограничивают возможности использования лапароскопической холецистэктомии [1,2]. Мини-лапаротомия с элементами открытой лапароскопии с помощью комплекта инструментов «Мини-ассистент» позволяет с высокой степенью надёжности и безопасности выполнить холецистэктомию практически при всех клинических формах калькулёзного холецистита, осуществить интраоперационную ревизию внепечёчных желчных протоков и при показаниях выполнить холедохолитотомию и возможную холедоходуоденостомию [1-4].

Целью нашей работы было изучение результатов лечения больных с хроническим калькулёзным холециститом из мини-лапаротомии с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» и разработанных инструментов на кафедре хирургии №1 Государственного медицинского университета г. Семей.

**Материал и методы.** Нами проведён анализ результатов хирургического лечения из мини-лапаротомии 162 больных с хроническим калькулёзным холециститом. Возраст больных колебался от 23 до 82 лет. Средний возраст составил 56,9±14,8 лет. Из них женщин было 146(90,1%), мужчин – 16(9,9%). Сопутствующие заболевания имели 121(74,7%) пациент, из них у 106-ти наблюдались два и более сопутствующих патологии. Ожирением I-III степени страдали 39(24,1%) пациентов, из них 16 – II-III степени. Желчнокаменная болезнь была осложнена холедохолитиазом и механической желтухой у 8(4,9%) больных, водянойкой желчного пузыря - у 10(6,2%). Сморщенный склерозированный желчный пузырь был выявлен у 14(8,6%) пациентов.

Операции выполнялись из трансректального доступа в правом подреберье длиной от 3 до 5 см с использованием малоинвазивной технологии.

**Результаты и обсуждение.** Холецистэктомия из мини-доступа была выполнена 160(98,8%) пациентам.

Из них у 5 больных холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и дренированием холедоха, у 3 - холедоходуоденостомией. Холецистэктомия по Прибраму была произведена 3 пациентам при наличии сморщенного склерозированного желчного пузыря, полностью заполненного конкрементами. Конверсии на широкую лапаротомию при использовании малоинвазивной технологии не было. Традиционная холецистэктомия была выполнена 2(1,2%) больным. Показаниями к ее выполнению были: необходимость ревизии органов брюшной полости и предшествующие операции в анамнезе на органах верхнего этажа брюшной полости. Продолжительность оперативного вмешательства с использованием малоинвазивной технологии варьировала от 40 до 170 минут, в среднем составила 69±24,7 минут.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2(1,2%) больных. Очаговая нижнедолевая пневмония у первого пациента была купирована консервативной терапией, у второго - желчеистечение из ложа желчного пузыря прекратилось самостоятельно на 4 сутки. Раневую инфекцию не наблюдали в связи адекватной антибиотикопрофилактикой. Повторных оперативных вмешательств и летальных исходов не было. Длительность пребывания больного в стационаре колебалась от 6 до 21 койко-дней, в среднем составила 8,3±2,2 койко-дней.

**Выводы.** Таким образом, применение малоинвазивной технологии при оперативных вмешательствах из мини-лапаротомного доступа позволяет у 98,8% больных хроническим калькулёзным холециститом и его осложнениями выполнить холецистэктомию с вмешательствами на внепечёчных желчных путях. Малоинвазивная технология позволяет снизить послеоперационные осложнения до 1,2%.

**Литература:**

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – Москва, 2000. – 139с.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – Видар, 2006. – 561с.
3. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.П. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста. // Хирургия. – 2001. - № 3. – С. 15-18.
4. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. - Москва, 2004. – 752с.