

8. **Ветшев, П.С.** Хирургическое лечение холедохолитиаза: незывлемые принципы щадящие технологии [Текст] / П.С. Ветшев // Хирургия. -2005. - №8. – С. 91-93.
9. **Баймаханов, А.Н.** Опыт миниинвазивных вмешательств при механической желтухе различной этиологии [Текст] / А.Н.Баймаханов, Д.С.Токсонбаев, Н.К.Сыдыков // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. -Санкт-Петербург, 2017. – С. 97-99.
10. **Алмазов, А.А.** Влияние билиарно-зависимого панкреатита на течение калькулезного холецистита [Текст] / А.А. Алмазов, Ю.А. Пустыльняк, Е.А. Бадаев // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2018. – Т.18. - № 6. – С. 11-16.
11. **Арипова, Н.У.** Эндобилиарные вмешательства в лечении больных с механической желтухой [Текст] / Н.У. Арипова, С.К. Матмуратов, А.А. Шерматов // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. - 2017. – 96 с.
12. **Junior, С.С.** Concharison between endoscopic sphincterotomy vs endoscopic sphincterotomy associated with balloon dilation for removal of castrointest [Текст] / С.С. Junior // endoscopic. - 2018.- №10. – Рр. 130-144.
13. **Байрамов, Н.Ю.** Лапароскопическая холедоходуоденоскопия [Текст] / Н.Ю.Байрамов, Н.А.Зайналов, В.А.Пашазаде // Хирургия, журнал им. Н.Н. Пирогова. - 2013. - №1. – С. 43-46.
14. **Балалыкин, А.С.** Наружное дренирование желчных протоков-проблемы и пути их решения [Текст] / А.С. Балалыкин, С.А. Курдо, П.А. Барбадо // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. - Санкт-Петербург, 2017. – 99 с.

DOI: <https://doi.org/10.54834/vi2.393>

Поступила в редакцию: 19.02.2024 г.

УДК:617-089.844.

**Токтосунов А.С.**

*к.м.н., врач-хирург Ошской межобл. объед. клинич. больницы, Кыргызская Республика*

**Батиров Ж.Р.**

*врач-хирург Ошской межобл. объед. клинич. больницы Кыргызская Республика*

**Анаркулов Т.Н.**

*преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика*

**Камчиев К.А**

*преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика*

**Шакиров А.Ш.**

*преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика*

## **ИЧТИН ЛАПАРТОМИЯСЫНАН ӨТКӨН БЕЙТАПТАРДЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯСЫНЫН ТЕХНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

*Бул жумушта изилдөөнүн предмети болуп хирургия эндоскопиялык ыкчам кийлигишүү жакшыртуу жараяны саналат. Изилдөөнүн максаты мурда курсак органдарына лапаротомдук ыкма менен операция жасалган пациенттерде өнөкөт жана курч калькулездуу холециститти хирургиялык дарылоодо лапароскопиялык холецистэктомиянын жыйынтыктарын жакшыртуу. Изилдөөдө лабораториялык, функционалдык жана инструменталдык текшерүү ыкмалары колдонулган, лапароскопиялык холецистэктомиянын салттуу ачык холецистэктомияга караганда артыкчылыктары талашсыз экендиги көрсөтүлгөн: травманын төмөндүгү жана натыйжалардын илимий мааниси эндовидеолапароскопияны андан ары өркүндөтүүгө негиз боло алары белгиленген. Алынган натыйжанын практикалык мааниси бейтаптардын эмгекке жөндөмдүүлүгүн тез арада калыбына келтирүүдө турат. Изилдөөлөрдүн жыйынтыктары республиканын аймактарындагы жаш врачтарга сунушталат.*

**Негизги сөздөр:** лапароскопиялык холецистэктомия; өт тап оорусу; мурда лапаротомия менен операция жасалган; адгезия оорусу; адгезиолиз; минималдык инвазиялык операциялар; эски тырык.

## ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ С ДОСТУПОМ ЛАПАРОТОМИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Предметом исследования в данной работе является процесс эндоскопической операции. Цель исследования - улучшение результатов применения лапароскопической холецистэктомии при оперативном лечении хронического и острого калькулезного холецистита у пациентов, ранее оперированных на органы брюшной полости с доступом лапаротомии. В исследованиях использованы следующие научные методы: лабораторные, функциональные, и инструментальные, рентгенография грудной клетки. Полученные результаты достоинства лапароскопическая холецистэктомия перед традиционной, открытой холецистэктамией не вызывают сомнений малая травматичность. Научная ценность полученных результатов: служить базой для дальнейшего усовершенствование эндовидеолапароскопии. Практическая значимость полученного результата: ранняя восстановление трудоспособности больного. Работа рекомендована практикующим молодым врачам регионов республики.*

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия; желчнокаменной болезни; ранее оперированных с доступом лапаротомии; спаечная болезнь; адгезиолизис; малоинвазивный операции; старый рубец.

## TECHNICAL FEATURES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS OPERATED WITH LAPAROTOMY OF THE ABDOMINAL CAVITY

*The subject of research in this work is the improvement of endoscopic surgical intervention in surgery. The aim of the study was to improve the results of laparoscopic cholecystectomy in the surgical treatment of chronic and acute calculous cholecystitis in patients previously operated on abdominal organs with laparotomy access. The research methods used were laboratory, functional, and instrumental, chest X-ray. The obtained results of the advantages of laparoscopic cholecystectomy over traditional, open cholecystectomy do not raise doubts about the low traumatism. The scientific value of the results obtained can serve as a basis for further improvement of endovideolaparoscopy. The practical significance of the result obtained is the early restoration of the patient's ability to work. The work is recommended to practicing young doctors of the regions of the republic.*

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy; gallstones; previously operated with laparotomy access; adhesive disease; adhesiolysis; minimally invasive surgery; old scar.

**Введение.** Заболевания желчных путей является одной из актуальных проблем хирургии. Число поражений желчевыводящих путей, в особенности холелитиаза, продолжает неуклонно возрастать, обуславливая тем самым увеличение оперативных вмешательств. Достоинства лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) перед традиционной, открытой холецистэктамией не вызывают сомнений малая травматичность, радикальной операции, существенное сокращение срока пребывания больных в стационаре, а также сокращение частоты послеоперационных осложнений, улучшит результатов лечения в группе больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими патологиями и ожирением. В послеоперационном периоде болевой синдром минимален, отсутствуют парез кишечника, значительно снижает гнойных осложнений со стороны операционной раны и брюшной полости, уменьшает вероятность развития обширных брюшинных спаек и образования послеоперационных вентральных грыж. Несмотря на то, что ЛХЭ широко применяется в клинической практике и показания к ней расширяется, по-прежнему актуальным остаётся вопрос накопления и обобщения клинического опыта по данной операции, в частности анализ осложнений и пути их устранения. Поэтому целью нашей работы явилось изучение обоснованности показаний к ЛХЭ, анализ интра и послеоперационных осложнений при ЛХЭ.

**Цель работы.** Улучшение результатов применения лапароскопической холецистэктомии при оперативный лечении хронического и острого калькулезного

холецистита у пациентов, ранее оперированных на органы брюшной полости с доступом лапаротомии. Нами проведено изучение 28 литературных источников.

**Материал и методы.** С февраля 2022 года по январь 2024 года в ОМОКБ отделении №2 выполнено 172 (79%) ЛХЭ. Из них 44 (20%) больных ранее перенесли операции на органы брюшной полости, всего 216 больных. При выполнении ЛХЭ использовалась операционная техника (общепринятое название «французская техника», при которой хирург с боку справа на пациента, с ассистентом каждой стороны. Пациент располагается в анти –Тренделинбург позиции с наклоном его влево на 15-20 градуса. Обычно применялось 4 троакара.

Таблица 1 – Операции органов брюшной полости у больных (n-216)

Виды операции	Больных	Всего
Лапароскопическая холецистэктомии	172 (79%)	216
Ранее оперированных лапаротомией	44 (20%)	

Возраст больных, ранее оперированных лапаротомии брюшной полости колебался от 44 до 65 лет, но в основном встречались пациенты пожилого возраста.

В том числе ранее оперированных лапаротомии брюшной полости количество женщин – 30, мужчины – 14, таким образом превалирование по полу женщины.

Таблица 2 – Больные ранее оперированных с доступом лапаротомии брюшной полости.

Пол	%	Всего
Женщины	30 (68%)	44
Мужчины	14 (30%)	

В диаграмме оперированных лапаротомии прооперировано по следующим патологиям: Гинекологические заболевания – 18; грыжа белая линия живота и пупочная грыжа – 14; Кишечная непроходимость – 6; эхинококкоз печени – 4; язвенная болезнь желудка – 1; камень в культе желчного пузыря -1. Из 172 больных 44 перенесли оперативные вмешательства, в основном нижних отделов брюшной полости, преимущественно органов малого таза по гинекологическим заболеваниям.



Рисунок 1 - Количество лапароскопическая холецистэктомии у больных ранее оперированных по причины других заболеваний

Из 172 больных 10 ранее оперированы по причине других заболеваний. В итоге были проведены две операции на органы брюшной полости: внематочная беременность и после операционная вентральная грыжа - 6, перекрут яичника и пупочная грыжа – 2, холецистэктомия и разрыв киста яичника -1, Сг-желудка и кишечная непроходимость - 1.



1) верхний- срединный - 6; 2) срединно- срединный - 20; 3) нижней срединный – 22; всего - 44.

Рисунок 2 - Доступ лапаротомии у пациентов ранее оперированных брюшной полости:

Больная, А. Мамасалиева 1962 г.р. поступила с жалобами на периодические боли в правое подреберье, иррадирующие в правое плечо, тошнота, общая слабость. Анамнезе 15-лет назад перенесла операцию по поводу ЖКБ. Диагноз: Камень в культе желчного пузыря.

В рисунке можно увидеть старый рубец доступ лапаротомия, произведено ЛХЭ. Диагноз: Острый гангренозный калькулезный холецистит (Рисунок 3)

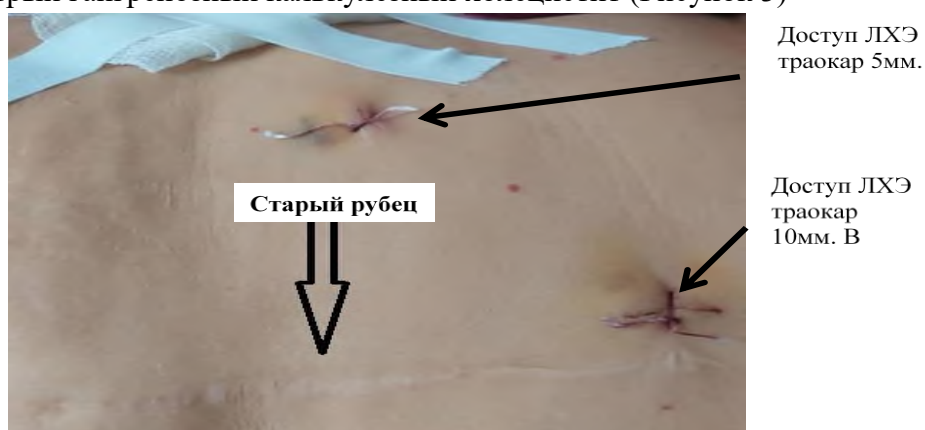


Рисунок 3 - Старый рубец у больного после верхней- средней лапаротомии, ранее оперированный по поводу ЖКБ и доступ ЛХЭ

Больной Алдабердиев Э. 1976 г.р. 9 лет назад прооперирован по поводу Сг-желудка (резекция желудка). В рисунке можно увидеть старый рубец, сделан разрез от мечевидного отростка до пупка. Произведено ЛХЭ. Диагноз: Острый флегмонозный калькулезный холецистит (рисунок 4)



Рисунок 4 - Старый рубец у больного срединно- срединный лапаротомии ранее оперированный по поводу Сг-желудка, и доступ ЛХЭ

**Результаты и обсуждение:** У больных 44 (20%) спаечный болезнь имелись клиническая картина проявлялось, постоянными или периодическими ноющими болями в животе, изменяющими свой характер при перемене положения тела, периодическим вздутием живота и неустойчивым стулом. В исследовании обследований больных использовали лабораторные, функциональные, и инструментальные методы обследования (УЗИ, ЭКГ, ЭГДС, рентгенография грудной клетки, МРТ.)

У больных с послеоперационными рубцами в нижних отделах брюшной полости оперативное вмешательство проводилось по общепринятой методике. У пациентов, оперированных в верхнем отделе брюшной полости и наличием послеоперационного рубца по средней линии вокруг пупка и выше пупка, оперативное вмешательство проводилось по следующей методике: под эндотрахеальным наркозом, отступив на 1см выше пупка выполнялось иссечение старого после операционного рубца, рассечение апоневроза мышца отодвигается под контролем, брюшная полость вскрывается с разделением имеющегося спаечного процесса. После подтверждения доступа в свободную брюшную полость, через дефект вводили 10 мм троакар для оптики лапароскопа. После наложения карбоксиперитонеума, производили лапароскопическую ревизию органов брюшной полости, результат который определяли ход дальнейшей операции. При лапароскопической ревизии у 26 (59%) больных выявлен послеоперационный спаячный процесс, что послужил для адгезиолизиса. Остальных 22 (50%) больных адгезиолизис посчитали выполнять излишним в связи с тем, что спаечный процесс локализовался в малом тазу, не вызвал клинических жалоб у пациентов, не препятствовал выполнению ЛХЭ.

Последующие манипуляционные порт троакары устанавливались под контролем оптический лапароскопа в соответствующий точках, безопасность от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. Разъедание спаек производили как тупым, так и острым способами. Разделение спаек выполняли диссектором и зажимами. Для рассечения тканей использовали ножницы и биполярную коагуляцию. В процессе адгезиолизиса происходили ранения мелких сальников сосудов, которые легко коагулировались биполярной коагуляцией. Кровоточащие сосуды избирательно захватывались зажимом, приподнимались от окружающих тканей и коагулировались отдельно.

Технической трудности возникали при разделении сальниковых спаек с перитальной брюшной, что часто наблюдалось после срединных лапаротомий и после операций по поводу пупочной грыжи и грыжа белой линии живота.

В наших наблюдениях из 44 случая после лапаротомии брюшной полости вовремя лапароскопической холецистэктомии конверсии и летального исхода не было. Все больные после лапароскопической холецистэктомии выписаны на 4-5 сутки. Осложнения наблюдались в 2 случаях; на месте отверстия 10мм троакара в вокруг пупка рана нагноилась, а также во втором случае –на месте отверстия 5мм троакара в эпигастрии при выведении желчного пузыря рана плохо промыта в связи с чем рана нагноилась. Больные на 10 сутки выписан домой.

#### **Выводы:**

1. Выявлено, что лапароскопические оперативные вмешательства для больных после лапаротомии брюшной полости не являются противопоказанием, хоть и увеличивают риск ятрогенных интраоперационных осложнений;
2. Технические особенности лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных, перенесших после лапаротомии брюшной полости, однако техническая

сложность адгезиолизиса обуславливает необходимость выполнения этого вмешательства опытным хирургом;

3. Удостоверили малоинвазивный операции, снижение риска развития спаечной кишечной непроходимости и послеоперационных грыж, снижение сроков пребывания больного на стационарном лечении, быстрое восстановление физической активности факторы в пользу выполнения ЛХЭ у категории больных;

4. У больных после доступа лапаротомии брюшной полости не является противопоказанием для лапароскопических оперативных вмешательств, хотя увеличивают риск ятрогенных интраоперационных осложнений.

#### Список литературы:

1. **Звягинцев, В.В.** Классификация лапароскопической холецистэктомии по степени сложности [Текст] / [В.В. Звягинцев, В.П. Горпинюк, Р.А. Ставинский и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2011. - № 1. – С. 12-15.
2. **Тимошенко, В.О.** Лапароскопическая холецистэктомия [Текст] / [В.О. Тимошенко, С. В. Мельник, О.В. Кемеж и др.]. – Красноярск, 1996. - С. 25-28.
3. **Барисов, А.Е.** Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения [Текст] / [А.Е. Барисов, Л.А. Левин, В.П. Земляной и др.]. – СПб.: ООП НИИХ СПбГУ, 2011.-188 с.
4. **Федоров, И.В.** Эндоскопическая хирургия [Текст] / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Е.И. Славин. – М.: Геотар медицина, 2009. – 544 с.
5. **Тимошин, А.Д.** Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии [Текст] / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. – М.: Триада-Х, 2003. – 216 с.
6. **Барисов, А.Е.** Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства [Текст] / А.Е. Барисов. – Санкт-Петербург, 2002.
7. **Лодыгин, А.В.** Использование малоинвазивных методов в лечении острого холецистита [Текст] / А.В. Лодыгин. – СПб, 2006.
8. **Савельев, В.С.** Влияние операции холецистэктомии на моторику органов желудочно-кишечного тракта [Текст] / В.С. Савельев, М.С. Магомедов, В.И. Ревякин // Эндоскопическая хирургия. – 2007. - № 3. – С. 32-38.
9. **Оморев, Р.А.** Лапароскопическая холецистэктомия в лечении больных острым калькулезным холециститом и меры профилактики осложнений [Текст] / Р.А. Оморов, А.У. Айткеев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2020. – № 1. – С. 35-40.
10. **Курбаниязов, З.Б.** Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении и желчном перитоните после холецистэктомии [Текст] / З.Б. Курбаниязов, И.А. Арзиев, М.Б. Баратов // Проблемы Науки. – Самарканд, 2022. - №2 (171).
11. **Baizharkinova, A.B.** Retrospective analysis of emergency laparoscopic cholecystectomy [Текст] / A.B. Baizharkinova, K.R. Taishibaev, M.K. Dzhakanov // Вестник хирургии Казахстана. – 2020. – № 1 (62). – С. 43-46.
12. **Schauer, P.R.** Complications of surgical endoscopy [Текст] / [P. R. Schauer, W.H. Schwesinger, C.P. Page, R.M. Stewart, B.A. Levine, K.R. Sirinek] // University of Pittsburgh Medical Center, PA 15213-3221, USA. – 1997. - № 11(1). – Pp. 8-11.
13. **Yang, JD.** Treatment strategies of drain after complicated laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis [Текст] / JD, Yang // J Minim Invasive Surg. – 2022. - Pp. 51-52.

DOI: <https://doi.org/10.54834/vi2.394>

Поступила в редакцию: 19.02.2024 г.