



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Хирургическая лечения больных желчекаменной
болезни минилапаротомном доступом*

*Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. Узбекистан.
Ургенч.*

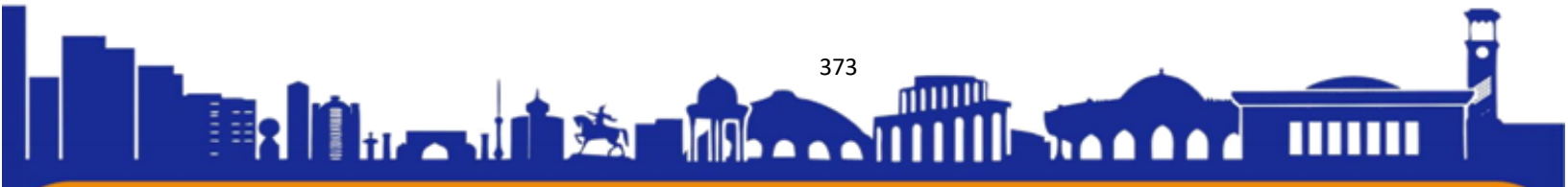
Проведен анализ результатов хирургического лечения 359 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом с использованием традиционного лапаротомного и минилапаротомного доступов. В 1-группе интраоперационные осложнения наблюдались у 7 (2,4%) больных, и во 2-группе – у 17 (23,2%). Ранние послеоперационные осложнения развились у 5 (1,7%) больных 1-группы, и у 7 (9,5%) – 2-группы. Летальных исходов не было. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения у большинства больных, обеспечить низкое число интраоперационных и после операционных осложнений.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, лапароскопия, холецистэктомия.

Ўт - тош касаллиги билан касалланган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда минилапаротомия усулидан фойдаланишнинг самарадорлиги

*Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б.
Тошкент тиббиёт академияси Урганчфилиали. Ўзбекистон. Урганч.*

Анъанавий лапаротомия ва минилапаротомия усулларида фойдаланган ҳолда ўткир ва сурункали холецистит ташхиси билан 359 беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлили. 1-гурӯҳда амалиёт ичи (интраоператив) асоратлар 7 (2,4%) беморда, 2-гурӯҳда - 17 (23,2%) да кузатилган. Операциядан кейинги дастлабки асоратлар 1-гурӯҳдаги 5 (1,7%) беморда, 2-гурӯҳдаги 7 (9,5%) беморда ривожланган. Ўлим ҳолатлари кузатилмаган. Кўпчилик ҳолларда минилапаротомия усулида ўтказилган холецистэктомия амалиёти беморларда яхши натижа беради, амалиёт ичи



(интраоператив) ва амалиётдан кейинги асоратларнинг кам бўлишини таъминлайди.

Калит сўзлар: ўт – тош касаллиги, минилапаротомия, холецистэктомия.

EFFICIENCY OF USING MINILAPAROTOMIC ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GALL STONE DISEASE

Kuryazov B.N., Babadjanov A.R., Ruzmatov P.Yu, Babajanov K.B.

Urgench branch of Tashkent medical academy. Uzbekistan. Urgench,.

The analysis of the results of surgical treatment of 359 patients with acute and chronic calculous cholecystitis using traditional laparotomic and minilaparotomic approaches. In group 1, intraoperative complications were observed in 7 (2.4%) patients, and in group 2 - in 17 (23.2%). Early postoperative complications developed in 5 (1.7%) patients in group 1, and in 7 (9.5%) patients in group 2. There were no lethal outcomes. Cholecystectomy from the minilaparotomic approach allows to obtain good immediate treatment results in most patients, to ensure a low number of intraoperative and postoperative complications.

Key words: gallstone disease, minilaparotomy, holecistectomiya.

Актуальность: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) входит в число наиболее распространённых заболеваний цивилизованного общества и является одной из важных проблем в абдоминальной хирургии.

Даже самые современные методики оперативного вмешательства непременно имеют ряд противопоказаний. И хотя лучшим вариантом лечения желчнокаменной болезни во всем мире считается лапароскопическая холецистэктомия, ее не делают, в частности, пожилым пациентам. Причина – наличие сопутствующих заболеваний, чаще всего сердечно-сосудистых и дыхательных. Как правило, таким пациентам хирурги вынуждены удалять желчный пузырь по традиционной методике. А она весьма тяжело переносится из – за большого разреза на животе и сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью (П.С.Ветшев, 2005; D.S.Kauvar, 2005; A Macri).

Современный подход к лечению желчнокаменной болезни основан на приоритетном использовании малоинвазивных вмешательств, которые включают в себе лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), холецистэктомию из мини доступа холедохолитотомия, дренирование холедоха,



ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-2

санация и дренирование брюшной полости и другие виды оперативного вмешательства.

Именно по этому в последние годы хирурги все чаще стали применять « промежуточный » вариант операции – так называемую холецистэктомию из мини-доступа. К этой методике прибегают в случае острого калькулезного холецистита (если продолжительность обострения не превышает один недели) или хронического течения заболевания удаление желчного пузыря в данном случае проводится через небольшой – от 3 до 6 см – разрез в брюшной стенки.

В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание, так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операция из минилапаротомного доступа (К.Б. Саидмурадов, 2013; С.С. Давлетов, 2014).

Цель: улучшить и оценить эффективность использования минилапаротомного метода хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы: Нами проанализированы результаты оперативного лечения 359 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, которые находились в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

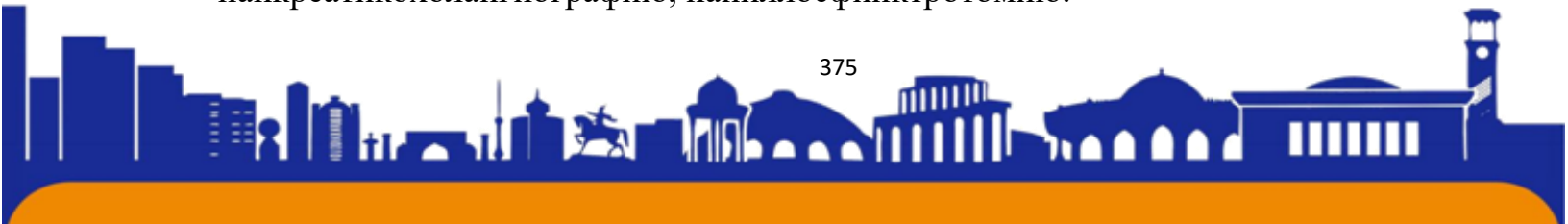
Пациенты разделены на две группы в зависимости от варианта выполненного хирургического вмешательства.

В 1-ю группу вошли 286 (80,0%) больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа, во 2-ю группу – 73 (20%) больных которым операция была выполнена из традиционного лапаротомного доступа.

В 1-й группе было 32 (11 %) мужчин и 254(89 %) женщин, во 2-й группе - 11 (15 %) мужчин и 62 (85 %) женщин, в возрасте от 20 до 86 лет. Острый калькулезный холецистит был у 97 (27 %) больных, хронический калькулезный холецистит - у 262 (73%). Среди этих больных ЖКБ с гнойным холангитом, осложнённый желтухой было у 40, водянка желчного пузыря - у 30, синдром Миризи у 6 больных.

Наиболее часто из сопутствующих заболеваний встречались гипертоническая болезнь 2-3 степени, стенокардия напряжения, сахарный диабет II тип, ожирение 2-3 степени.

В предоперационном периоде больным обеих групп с механической желтухой, стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки и холедохалитиазом выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию, папиллосфинктротомию.





Результаты: Мы при выполнении операции в обеих группах в качестве доступа использовали косой разрез в правом подреберье по Кохеру. Величина доступа практически во всех операциях было стандартной для вмешательств из минилапаротомного доступа в пределах 3-5 см. Послойно вскрывали кожу, подкожную клетчатку, влагалище прямой мышцы живота. Прямую мышцу тупо расслаиваем по ходу мышечных волокон. Брюшину рассекаем в месте с задней стенкой влагалища прямой мышцы. Верхний край раны отводим крючком Фарабэфа, после чего визуализируется желчный пузырь. Дно желчного пузыря захватываем зажимом Люэра и выводим в рану, вторым зажимом Люэра захватываем шейку желчного пузыря. Ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берем пузырную артерию, пересекаем и лигируем капроном №3. Пузырный проток пересекаем на уровне 1 см от холедоха, культю лигируем капроном №3. После контроля гемостаза к Винсловому отверстию устанавливаем перчаточнотрубочный дренаж и выводим через отдельное отверстие в правом подреберье. Все больные были оперированы под эндотрохиальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких аппаратом Drager.

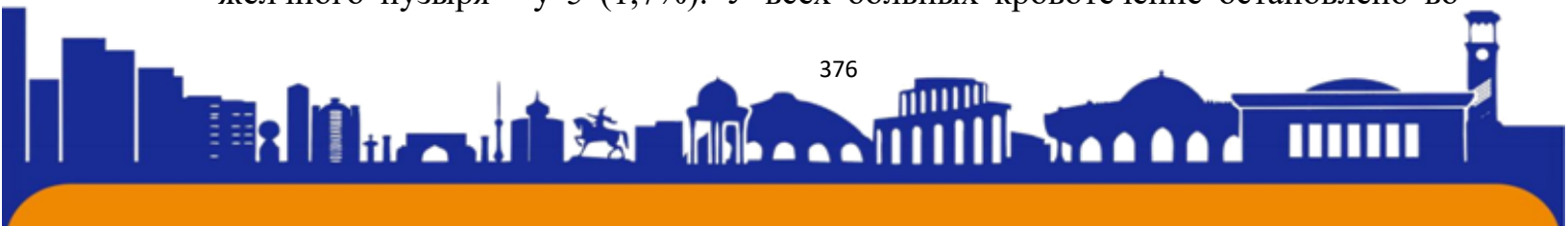
Холецистэктомию выполняли от шейки или комбинированным способом по стандартной хирургической методики

Сочетанные операции выполнены 4 (1,3%) больным 1-й группы: Цистэктомию из левого яичника—у 2, протезирование передней брюшной стенки ниже пупка по поводу послеоперационной грыжи—у 2. 7 (9,5%) больным 2-й группы: эхинококэктомию из правой доли печени—у 3, Цистэктомию из правого яичника—у 2, протезирование пахового канала по поводу грыж передней брюшной стенки—у 2. Частота конверсий в минилапаротомию в 1-й группе не было.

Сравнительные результаты по длительности заживления послеоперационной раны показали, что в 1- группе больных рана заживает полностью на 5 сутки, а во 2 группе при традиционной холецистэктомии на 7 сутки, что достоверно больше на 2 сутки.

Продолжительность операции у больных 1-группы оперированных традиционным методом составляло $40,0 \pm 5$ мин, а во 2-группе - $50,2 \pm 5$ мин, что в среднем на 10 мин меньше чем в 2- группе.

В 1-группе больных при выполнении минилапаротомный холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 7 (2,4%) больных: кровотечение из пузырной артерии возникло у 2 (0,6%), из ложа желчного пузыря - у 5 (1,7%). У всех больных кровотечение остановлено во



время операции с дополнительной перевязкой пузырной артерии и ушиванием ложа.

Во 2- группе больных при выполнении традиционной холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 17 (23,2%) больных: кровотечение из пузырной артерии у 4 (5,4%), из ложа желчного пузыря - у 9 (12,3%). У всех больных кровотечение остановлено во время операции. Желчеистечение из ложа желчного пузыря зафиксировано у 4 (5,4%) больных, которое остановлено во время операции дополнительным ушиванием ложа (таблица 1).

Таблица 1.
Характер интраоперационных осложнений

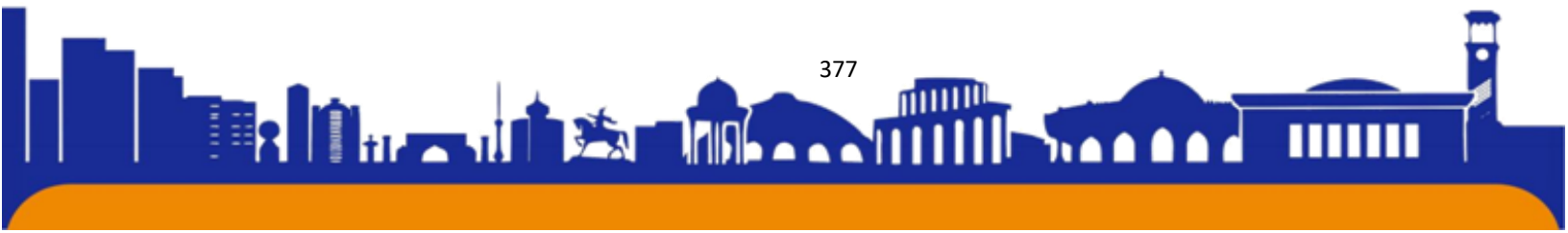
	Желчеистечение	Кровотечение из пузырной артерии	Кровотечение из ложа желчного пузыря
1-группа, п=286	-	2 (0,6%)	5 (1,7%)
2-группа, п=73	4(5,4%)	4 (5,4%)	9 (12,3%)

Среди всех послеоперационных осложнений чаще встречались осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны – 5 больных (1,7%) в первой группе, 7 (9,5%) во второй группе (таблица 2).

Таблица 2
Характер ранних послеоперационных осложнений

	Серома после-операц. раны	Инфильтрат в обл. после-операц. раны	Нагноение раны	Парез кишечника	Пневмония
1-группа, п=286	2(0,6%)	3 (1,0%)	-	-	-
2-группа, п=73	2(2,7%)	2 (2,7%)	1(1,3%)	1 (1,3%)	1(1,3%)

Увеличение количества воспалительных осложнений послеоперационной раны в первой группе, мы связываем в увеличении давления рано расширителем на кожу, подкожно жировую клетчатку, мышечный слой, апоневроз передней брюшной стенки в области операционной раны, что снижает ишемию тканей.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2, Issue-2

Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных составили от одного года до трех лет и прослежены у 278 (77,4%) пациентов.

У больных в первой группе которым холецистэктомия проводилась минилапаротомным доступом в отдаленном периоде выявлено: холедохолитиаз – у 3 (1,0%) больного, послеоперационных вентральных грыж не наблюдали

Во второй группе при использовании традиционной лапаротомии в отдаленном периоде выявлены следующие осложнения, связанные с проведением операции: холедохолитиаз – у 5 (6,8%) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 10 (13,6%) больных.

Заключение:

Таким образом преимуществом метода по сравнению с лапароскопической техникой является бинокулярный контроль – хирург наблюдает за своими действиями не на видеозэкране, а непосредственно собственными глазами. За счет этого, в частности, снижается риск повреждения окружающих желчный пузырь органов. Мышцы не рассекаются, а раздвигаются вдоль волокон, что не вызывает сильной боли после операции и ускоряет заживление раны.

Минилапаротомный доступ позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения у большинства больных, обеспечить низкое число интраоперационных и после операционных осложнений.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа может рассматриваться как полноценный миниинвазивный метод хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, в том числе гнойно-деструктивными формами холецистита.

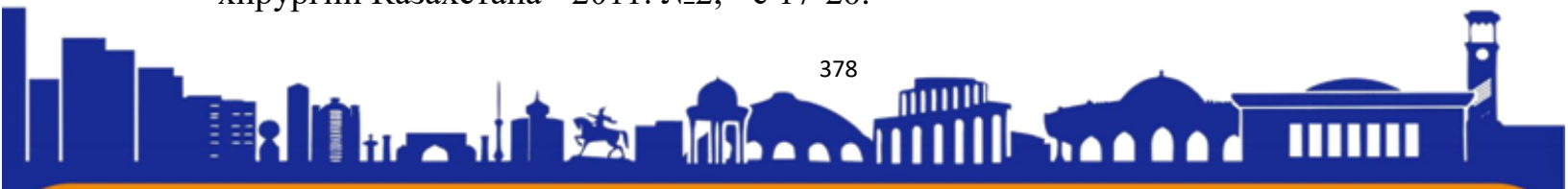
Литература:

1. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чинников М.А., Панович В.К., и др. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом // Хирургия. - 2014. № 1, - с 30-33.

2. Алиев Ю.Г., Чинников М.А., Панталева И.С., Курбанов Ф.С. и др. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и мини инвазивных доступов // Хирургия. - 2014. № 7, - с 21-25.

3. Айгерим Б.Р. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии // Наука и здравоохранение. – 2016. № 1,- 40-53.

4. Ботабаев С.И., Кудербаев М.Т., Нургалиев Н.Б. Современные методы хирургического лечения желчнокаменной болезни. Обзор литературы. Вестник хирургии Казахстана - 2011. №2, - с 17-20.



5. Давлатов С.С.и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy. 2017.№ 7. –с. 92-94.

6. Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Минилапаротомия в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия Узбекистана. 2020. № 4.- с. 88-91.

7. Курбаниязов З.Б. и др Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири, 2013.Т. 9. № 4. С 56-57.

8. Кудербаев М.Т. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа как альтернатива лапароскопической. // Вестник хирургии Казахстана - 2011. №2, - с 20-21.

9. Раимжанова.А.Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии. Наука и здравоохранение, -2016.№ 1.-с 40-53.

10. Топузов Э.Г. Минилапаротомия в лечении холелитиаза // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирагова -2016. -т.11, № 1,- с 42-44.

11. Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И. Результаты применения минилапаротомии у больных острым холециститом. // Ульяновский медико-биологический журнал. -2014. № 1,- с 47-54.

12. Шулутко А.М., Данилов А.И., Чантурия М.О. Возможности минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии в хирургическом печении холецистохоледохолитиаза // Эндоскопическая хирургия 2000 №1. С 19-24.

13. Harju J., Juvonen P., Kokki H. et al. Minilaparotomy holecystectomy with ultrasonic dissection versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a randomized multicenter study.//Scand J Gastroenterol. 2013 Nov;48(11):1317–23.

14. Kurbanov F.S., Aliev Y.G. Results cholecystectomy from minilaparotomic access in patients with acute calculous cholecystitis. / Abstracts of XIII international euroasian congress of surgery and gastroenterology. Baku, 12-15 september, 2013. – P. 129.

15. Mukhitdinovich S.A., Tashtemirovna R.D. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // Voprosi nauki i obrazovaniya, 2017 № 10 (11)

16. Oyogoa S.O., Komenaka I.K., Ilkhani R., Wise L. Mini-laparotomy cholecystectomy in the era of laparoscopic cholecystectomy: a community-based hospital perspective // *Am. Surg.* – 2003. – v.69, №7. – P.604–607.

17. Shamsiyev A., Davlatov S.A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // *International Journal of Medical and Health Research*, 2017. С. 80-83.

18. Sabirjanevich, Y. B., Khasanovich, K. R., Tulibaevna, R. D., & Safarboevich, R. S. (2024). RATE OF GLAUCOMA IN PENSION AGE CITIZENS (2023 in the example of the city of Urganch). *International Journal of Alternative and Contemporary Therapy*, 2(1), 4-7.

19. Yuldashev, B. S., Kuruyazov, A. Q., Khodzhimuratov, O., & Karimov, R. X. (2023). A CASE OF LIP DEFECT WITH FACIAL ANOMALIES IN KHORAZM REGION. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* (2993-2149), 1(9), 547-552.

20. Юлдашев, Б. С., Каримов, Р. Х., & Бекчанов, А. Ж. (2023, July). COVID-19 ўтказган оналардан туғилган чақалоқларда пневмония касаллигининг асоратлари. In *Past and Future of Medicine: International Scientific and Practical Conference* (Vol. 2, pp. 10-12).

21. Quranbaevich, K. A., Khasanovich, K. R., & Tulibaevna, R. D. (2024, February). CARIES DISEASE IN YOUNG CHILDREN. In *International conference on multidisciplinary science* (Vol. 2, No. 2, pp. 35-37).

22. Юлдашев, Б. С., Каримов, Р. Х., & Джуманиязова, Н. С. (2024). ПАНДЕМИЯ ДАВРИДА ПНЕВМОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ЎЛИМ САБАБЛАРИ. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIIY JURNALI*, 3(1), 197-201.

23. Юлдашев, Б. С., Каримов, Р. Х., & Джуманиязова, Н. С. (2024). COVID-19 ЎТКАЗГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ (ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯ ЭКСПЕРТИЗА БЮРОСИ, ХОРАЗМ ВИЛОЯТ ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗИ). *Молодые ученые*, 2(3), 15-16.

24. Sabirjanevich, Y. B., Khasanovich, K. R., & Safarboevich, R. S. (2024). RELATIONSHIP OF OTHER TYPES OF DISEASES WITH EYE DISEASES. *МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА*, 2(1), 29-35.

25. Quranbaevich, K. A., Khasanovich, K. R., Tulibaevna, R. D., & Bakhtiyor o'g'li, B. Y. (2024). THE INCIDENCE OF PERIODONTIC DISEASE IN THE

ELDERLY. *International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology*, 2(1), 4-7.

26. Турсунов, Х. З., Каримов, Р. Х., Сапаев, Д. Ш., & Сапаев, М. Ф. (2022). Буйрак ва буйрак усти беги касаллиги, уни даволаш усуллари хамда асоратлари (адабиётлар шарҳи).

27. Юлдашев, Б. С., Ходжаниязов, А. А., Каримов, Р. Х., & Жуманиязова, Н. С. (2024). ЧАСТОТА МЕТАСТАЗИРУЮЩЕГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА. *Yangi O'zbekistonda Tabiiy va Ijtimoiy-gumanitar fanlar respublika ilmiy amaliy konferensiyasi*, 2(2), 141-143.

28. Yuldashev, B. S., Nurzhanov, B. B., & Ruzmetov, U. A. (2022). AGE FEATURES OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN CHILDREN WITH ARTIFICIAL AND NATURAL FEEDING. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(4), 44-47.

29. Maylievna, J. G., & Sobirzhanovich, Y. B. (2022). CLINICAL CHARACTERISTICS OF COVID-19 IN NEWBORN CHILDREN. *EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE*, 2(6), 118-120.

30. Yuldashev, B. S. (2022). PATHOMORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT BREAST CANCER IN WOMEN LIVING IN THE AROLB REGION. *British Medical Journal*, 2(4).

31. Nurzhanov, B. B., & Yuldashev, B. S. (2022). AGE RELATED FEATURES OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS IN INFANTS WITH ARTIFICIAL AND NATURAL FEEDING. *British Medical Journal*, 2(5).

32. Sobirdzhanevich, Y. B., & Khadzhimuratovna, K. M. (2023). THE ROLE OF DYSHORMONAL CHANGES IN THE DEVELOPMENT OF PRECANCEROUS BREAST CANCER DISEASES IN WOMEN LIVING IN THE ARAL SEA REGIONS. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 3(1).