

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В НАМАНГАНСКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ²

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

20 YEARS OF EXPERIENCE IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AT THE NAMANGAN BRANCH OF THE REPUBLICAN RESEARCH CENTRE OF EMERGENCY MEDICINE

A.A. ALIJANOV¹, B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISKHAKOV²

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine,

²Republican Research Centre of Emergency Medicine

Изучены результаты хирургического лечения 10282 больных острым калькулёзным холециститом, находившихся на лечении в Наманганском филиале РНЦЭМП, из них 7608 (74%) – женщины и 2674 (26%) – мужчины. Лица трудоспособного возраста составляли 81,7%, пожилого и старческого – 15,6%. Основная группа – 6764 (65,8%) пациента, была подвергнута лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), контрольная – 3518 (34,2%) больных, которым выполнена традиционная холецистэктомия (ТХЭ), в том числе двухэтапная холецистэктомия (после ЭРПХГ, ЭПСТ и литоэкстракции) осуществлена у 858 из них (ТХЭ – у 352, ЛХЭ – у 506). У 64 из 68 больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями для завершения операции достаточной оказалась релапароскопия.

Ключевые слова: острый калькулёзный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, релапароскопия, хирургические вмешательства.

The results of surgical treatment of 10282 patients with acute calculous cholecystitis conducted in the Namangan branch of Republican research center of emergency medicine. Among the patients, 7608 women (74%) prevailed, and 2674 men (26%). Persons of working age accounted for 81.7%, and the elderly and senile age-15.6 %. The patients were divided into two groups. The main group consisted of 6764 (65.8%) patients who underwent laparoscopic cholecystectomy (LChE), and the control group of 3518 (34.2%) patients who underwent traditional cholecystectomy (TChE). Of these, two-stage cholecystectomy (after ERChP, EPST, and litho extraction) was performed in 858 patients. In 64 of the 68 patients with early postoperative intra-abdominal complications, relaparoscopy was sufficient to complete the operation.

Keywords: acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, complications, relaparoscopy, surgical interventions.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss4/a7

Введение

Острый холецистит (ОХ) – одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которым страдает около 10-15% населения экономически развитых стран [1-3]. При этом число пациентов с ОХ постоянно увеличивается. Так, по данным ряда отечественных и зарубежных авторов, за каждое последующее десятилетие число больных ОХ возрастает примерно в 2 раза [4, 5].

В структуре острых хирургических заболеваний острый холецистит прочно удерживает второе место, уступая лишь острому аппендициту. Летальность среди пациентов молодого и среднего возраста при традиционной холецистэктомии (ТХЭ) составляет 0,1-0,2%, а у пациентов старше 60 лет возрастает в 20-30 раз [6].

Увеличение количества оперативных вмешательств по поводу холецистита и его осложнений, расширение диапазона и объема вмешательств привели к существенному росту частоты послеоперационных осложнений. Так, осложнения, развивающиеся после ТХЭ и требующие повторного оперативного вмешательства, наблюдаются в 0,7-4,6% случаев. Частота осложнений после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) составляет 1,0-5,1% [7].

Причинами летальных исходов более чем у 60% больных являются осложненные формы желчнокаменной болезни. Чаще осложнения возникают при деструктивном холецистите, синдроме Мириizzi, склероатрофическом желчном пузыре, холецистодигестивных свищах. При деструктивных формах острого холецистита летальность до-

стигает 35%. У лиц пожилого и старческого возраста летальность варьирует от 30 до 80% [8-14].

В настоящее время при хирургическом лечении больных с ОХ наиболее широко применяется активная лечебная тактика. Современные технологии обследования и лечения до минимума сократили диагностический период и значительно расширили арсенал хирургических пособий, что позволило использовать активную лечебную тактику у большинства больных с ОХ [15]. В связи с этим основным принципом стало использование экстренных и срочных оперативных вмешательств [15].

В современной хирургии оперативные методы лечения больных осложненным холециститом совершенствуются, при этом предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам, которые дополняются новыми способами устранения патологий желчевыводящих путей [10, 16-19]. Малоинвазивные хирургические технологии направлены на минимизацию операционной травмы, сокращение сроков госпитализации и реабилитации больных [20].

Хотя эндохимию называют малоинвазивной и малотравматичной технологией, она остается хирургией – специальностью, в которой встречаются ошибки, неудачи и осложнения [21, 22].

Материал и методы

За период с 2000 по 2020 гг. в Наманганском филиале РНЦЭМП было выполнено 22306 эндовидеохирургических вмешательств на органах брюшной полости. 10282 больным была произведена холецистэктомия (ХЭ) по поводу различных форм острого калькулезного холецистита. Среди пациентов преобладали женщины – 7608 (74%), мужчин было 2674 (26%). В возрасте до 19 лет было 276 (2,7%) больных, от 19 до 44 лет – 4526 (44%), от 45 до 59 лет – 3878 (37,7%), от 60 до 74 лет – 1329 (12,9%), от 75 до 90 лет – 273 (2,7%). Лица трудоспособного возраста составили 81,7%, пожилого и старческого возраста – 15,6%.

Длительность заболевания варьировала от 6 часов до 6 суток.

В течение 24 часов от начала заболевания или очередного приступа желчной колики поступили 4010 (39%) больных, спустя 24-48 часов – 2664 (25,9%), через 48-72 часа – 2450 (23,8%), более чем через 72 часа – 1158 (11,3%). Причинами поздней госпитализации 3608 (35,1%) больных явились позднее обращение за врачебной помощью в связи с самолечением и диагностические ошибки.

Все больные острыми калькулёзными холециститами были разделены на две группы. Основную группу составили 6764 (65,8%) пациента, подвергнутые ЛХЭ, в контрольную группу вошли 3518 (34,2%) больных, которым была выполнена ТХЭ. Двухэтапная холецистэктомия (после ретроградной панкреатохолангиографии – ЭРПХГ, эндоскопической папиллосфинктеротомии – ЭПСТ и литоэкстракции – ЛЭ) проведена у 858 больных, в том числе ТХЭ – у 352, ЛХЭ – у 506.

При поступлении всем больным выполнялись общеклинические исследования, включающие биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, электрокардиограмму (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, рентгенологическое исследование легких, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). По показаниям выполняли МСКТ органов брюшной полости.

ЭРПХГ с ЭПСТ и литоэкстракцией осуществлена у 858 пациентов.

По экстренным показаниям до 6 часов с момента поступления в стационар операции выполнены 488 (4,8%) больным, по срочным показаниям (6-24 ч) – 2235 (21,7%). Отсро-

ченные операции (ЛХЭ или традиционная ХЭ) проведены у 7559 (73,5%) больных.

У 858 больных с клиническими проявлениями холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, выполнена двухэтапная операция: на 2-3-и сутки после первого этапа ЭРПХГ, ЭПСТ с ЛЭ традиционная холецистэктомия произведена у 352 больных, лапароскопическая – у 506.

Из сопутствующих заболеваний ожирением страдали 3250 (31,6%) пациентов, сердечно-сосудистой патологией – 2025 (19,7%), неврологических, гастроэнтерологическими заболеваниями и сахарным диабетом – 210 (2%), т.е. почти каждый второй и третий. При выборе метода оперативного лечения эти факторы играли одну из главных ролей.

Лапароскопическую холецистэктомию с 2000 г. начинали с лапароскопической стойки (лапароскоп диагностический и для малых операций) фирмы Hорманн (Германия). Лапароскопическая стойка фирмы Karl Storz с соответствующими комплектующими и дополнительным инструментарием (ППП, Казань, Россия) была приобретена в 2002 г.

Все операции выполняли под сбалансированной общей анестезией с ИВЛ. У больных контрольной группы верхне-срединный лапаротомный разрез не превышал 10-12 см. Правый подреберный разрез использовали редко, только у больных, перенесших в анамнезе операции с верхнесрединным доступом.

У 468 (6,9%) больных основной группы в анамнезе проводились лапаротомные операции. Рубцы от верхне-срединной лапаротомии имелись у 69 пациентов, от среднесрединной – у 52, от нижнесрединной – у 131. Рубцы от проведенных в анамнезе операций параректальным, люмботомным, федоровским разрезами отмечались у 25 больных. Рубцы от аппендэктомии и ранее проведенных лапароскопических операций были у 277 больных. У 52 пациентов имелись рубцы на передней брюшной стенке от 2-3-х операций и более.

Для лапароскопической холецистэктомии у ранее оперированных больных мы использовали следующие способы введения первого троакара: лапароцентез без наложения пневмоперитонеума – однопрокольная методика (у больных, перенесших операции нижнесрединным лапаротомным доступом), введение первого троакара в брюшную полость через 10 мм – металлического проводника (вариант «открытой лапароскопии») и «открытая лапароскопия» по методике Хассана.

Сочетанные лапароскопические и сочетание лапароскопических и традиционных операций выполнены у 421 (6,2%) пациента:

В 1-ю группу включены 8 (1,9%) больных с сочетанной патологией органов верхнего этажа брюшной полости (желчнокаменная болезнь в сочетании с кистой печени, эхинококкозом печени и циррозом). Во 2-ю группу вошли 316 (75,1%) пациенток с заболеваниями органов нижнего этажа брюшной полости (патология придатков матки). У 164 из них второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников. Стерилизация маточных труб осуществлена у 128 больных, сальпингоооариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе – у 24. 3-ю группу составили 97 (23%) больных с сочетанием заболеваний органов обоих этажей брюшной полости (спаечный процесс брюшной полости) и брюшной стенки (грыжи передней брюшной стенки). У этих больных ЛХЭ была завершена герниопластикой пупочного кольца (49), при синдроме Кноха рассечение спаек выполнено 48.

Больные, перенесшие ЛХЭ, в зависимости от формы острого холецистита были распределены следующим образом: катаральный – у 56 (0,8%), флегмонозный – у 5211 (77%), гангренозный – у 1425 (21,1%), гангренозно-перфо-

ративный – у 72 (1,1 %). В группе больных, перенесших традиционную холецистэктомию (контрольного сравнения), у большинства были деструктивные формы холецистита.

В основной группе у 395 (5,8%) пациентов острый калькулезный холецистит осложнился перитонитом: у 188 (47,6%) был отграниченный (околопузырный абсцесс и инфильтрат), у 166 (42%) – неотграниченный местный перитонит (пропотной фибринозно-желчный перитонит), у 41 (10,4%) – распространенный.

Причинами конверсии у 193 (2,8%) больных явились распространенный перитонит (35), выраженный воспалительный инфильтрат в области треугольника Кало (97) и спаечного процесса (31), кровотечение из ветвей пузырной артерии (5), пузырно-дуоденальный свищ (6), синдром Мирizzi III степени (8), расширение общего желчного протока (11).

Результаты и обсуждение

Интраоперационные осложнения отмечались у 13 (0,2%) больных основной группы, из них повреждения внепеченочных желчных протоков имели место у 4 (0,06%): полное пересечение общего печеночного протока – у 2 (0,03%), краевое повреждение общего желчного протока – также у 2 (0,03%). Кровотечение из пузырной артерии, возникшее у 9 (0,13%) пациентов, у 4 было остановлено реклипированием и диатермокоагуляцией сосуда, 5 больным выполнена своевременная конверсионная лапаротомия.

Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения отмечались у 95 (1,4%) оперированных больных.

Релапароскопия в раннем послеоперационном периоде по поводу предполагавшихся осложнений была выполнена 88 больным.

Причинами **желчеистечения** (30) из пузырного протока явились: соскальзывание и прорезывание клипсов (17 б-х), частичное повреждение пузырного протока клипсами (5); из ложа желчного пузыря выявлено (6).

При релапароскопии реклипирование пузырного протока, санация и повторное дренирование выполнены 17 пациентам, лапароскопическое дренирование общего желчного протока по Пиковскому – 7. Причинами желчеистечения у 4 больных прорвавшейся биломы подпеченочного пространства были дополнительные мелкие желчные ходы. У этих пациентов осуществлены видеолапароскопическая санация, клипирование мелких желчных ходов и тампонирование ложа желчного пузыря. У 2 больных из-за разлитого желчного перитонита на почве несостоятельности клипсов пузырного протока пришлось перейти на лапаротомию.

У 13 больных количество выделявшейся из дренажной трубки желчи за сутки составляло от 30 до 100 мл. Из-за отсутствия свободной жидкости при УЗИ и признаков перитонита им проводилось консервативное лечение и активное стационарное наблюдение. К концу 3-4-х суток после консервативного лечения желчеистечение из дренажной трубки у них прекратилось самостоятельно.

В раннем послеоперационном периоде кровотечение (12) из ветвей пузырной артерии отмечалось у 7 больных, из ложа желчного пузыря – у 4. При релапароскопии у 9 больных кровотечение было остановлено реклипированием и диатермокоагуляцией. Конверсия потребовалась 2 пациентам с активными кровотечениями из пузырной артерии.

Прорвавшаяся гематома ложа желчного пузыря выявлена у одного больного. Ему выполнена релапароскопическая санация, диатермокоагуляция и тампонирование ложа желчного пузыря.

Интраабдоминальные гнойно-воспалительные осложнения (24) в виде местного (21) и распространенного (3) послеоперационного перитонита развились у 24 больных. Всем им были выполнены видеолапароскопическая санация и повторное дренирование брюшной полости.

При ранней спаечной кишечной непроходимости у 2 больных был осуществлен лапароскопический адгезиолизис.

У 64 из 68 больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями для завершения операции была достаточной релапароскопия. У 4 больных выявленные в брюшной полости изменения (разлитой желчно-гнойный перитонит, кровотечение) явились показанием к экстренной лапаротомии.

При абсцессе и билеме ложа желчного пузыря чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ выполнено у 7 пациентов, а при инфильтрате ложа желчного пузыря у 7 больных эффективными оказались консервативные мероприятия.

Инфильтрат и нагноение эпигастральной троакарной раны имели место у 11 пациентов, которые получали консервативное лечение.

Поздние послеоперационные осложнения имели место у 27 (0,8%) больных. Холелитиаз в оставленном длинном пузырном протоке после ЛХЭ явился показанием к традиционному способу оперативного лечения у 1 пациентки. У 19 больных был диагностирован холедохолитиаз, конкременты были удалены при ЭРПХГ и ЭПСТ (16), а также лапаротомным доступом (3).

Термическое повреждение общего желчного протока с развитием склерозирующего холангита на 42-е сутки после операции отмечалось у одного пациента, выполнена реконструктивная операция.

Послеоперационная (эпигастральная, параумбиликальная) грыжа диагностирована у 6 больных.

Сроки пребывания на койке больных основной группы в среднем составляли 4,2 дня, контрольной – 6,7.

Послеоперационные осложнения у больных контрольной группы отмечались в 3 раза чаще, чем основной – соответственно у 235 (6,7%) и 135 (2,0%).

В послеоперационном периоде умерли 35 (0,5%) больных основной группы вследствие тромбоэмболии легочной артерии, прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности на фоне цирроза печени, сахарного диабета.

Летальность в контрольной группе составила 1,5% (53 б-х). Наиболее частой причиной летальных исходов были декомпенсация сердечно-сосудистой системы на фоне ожирения и диабета, перитонит, панкреонекроз, эвентрация, тромбоэмболические осложнения.

Следует отметить, что большинство интраоперационных осложнений встречались в 2000-2003 гг., т.е. в период освоения методики ЛХЭ с использованием лапароскопической стойки (лапароскоп диагностический и для малых операций) фирмы Normann (Германия).

Результаты операций стабилизировались к выполнению первых 500 ЛХЭ и благодаря приобретению (2002) лапароскопической стойки фирмы Karl Storz с соответствующим дополнительным инструментарием (ППП, Казань, Россия) для проведения более сложных эндовидеохирургических операций.

Заключение

Наш 20-летний опыт выполнения лапароскопических холецистэктомий свидетельствует об их высокой эффективности и неоспоримых преимуществах малоинвазивных операций. Применение релапароскопии после лапароскопической холецистэктомии позволяет избежать неоправ-

данных лапаротомий, снизить летальность, уменьшить количество осложнений, сократить время пребывания больных в стационаре, дает значительный фармакоэкономический эффект.

Литература

1. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Вестн экстр медицины. 2010;4:94-98. [Khadjibaev A.M. Maloinvazivnye metody lecheniya oslozhnennykh form ostrogo kal'kuleznogo kholetsistita u lits pozhilo i starcheskogo vozrasta. Vestn ekstr meditsiny. 2010;4:94-98. In Russian].
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуток А.М., Прудков М.И. и др. Желчнокаменная болезнь М.: Издательский дом Видар-М. 2000;144. [Dadvani S.A., Vetshev P.S., Shulutko A.M., Prudkov M.I. i dr. Zhelchnokamennaya bolezni' M.: Izdatel'skii dom Vidar-M. 2000;144. In Russian].
3. Бондаренко А.Г., Суздальцев И.В., Байчоров Х.М. и др. Анализ осложнений при пунктирно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах. Мед вестн Северного Кавказа. 2014;33:224-227. [Bondarenko A.G., Suzdal'tsev I.V., Baichorov Kh.M. i dr. Analiz oslozhnenii pri punktсионно-dreniruyushchikh maloinvazivnykh vmeshatel'stvakh. Med vestn Severnogo Kavkaza. 2014;33:224-227. In Russian].
4. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. М. 2011;880. [Il'chenko A.A. Bolezni zhelchnogo puzyr'ya i zhelchnykh putei. M. 2011;880. In Russian].
5. Shaffer E.A. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20(6):981-986.
6. Дибиров М.Д., Родионов И.Е., Абдурахманов А.М. и др. Особенности хирургической тактики, профилактики и лечение осложнений при остром холецистите у лиц старческого возраста. Инфекции в хирургии. 2010;2:12-14. [Dibirov M.D., Rodionov I.E., Abdurakhmanov A.M. i dr. Osobennosti khirurgicheskoi taktiki, profilaktika i lechenie oslozhnenii pri ostrom kholetsistite u lits starcheskogo vozrasta. Infektsii v khirurgii. 2010;2:12-14. In Russian].
7. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М., Шукуров Б.И. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии; Диагностика и лечение. Вестн. экстр. медицины. 2020;13(1-2):14-22. [Khadjibaev A.M., Khadjibaev F.A., Pulatov M.M., Shukurov B.I. Povrezhdeniya zhelchnykh protokov pri kholetsistektomii; Diagnostika i lechenie. Vestn. ekstr. meditsiny. 2020;13(1-2):14-22. In Russian].
8. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. 2006;4:46-50. [Nazyrov F.G., Khadjibaev A.M., Altyev B.K. i dr. Operatsii pri povrezhdeniyakh i strikturakh zhelchnykh protokov. Khirurgiya. 2006;4:46-50. In Russian].
9. Хаджибаев А.М., Баймурадов Ш.Э., Алиджанов Ф.Б. Результаты различных способов холецистэктомии при остром деструктивном калькулезном холецистите. Вестн хир гастроэнтерол. 2007;4:48-50. [Khadjibaev A.M., Baimuradov Sh.E., Alidjanov F.B. Rezul'taty razlichnykh sposobov kholetsistektomii pri ostrom destruktivnom kal'kuleznom kholetsistite. Vestn khir gastroenterol. 2007;4:48-50. In Russian].
10. Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев А.М., Баймурадов Ш.Э. Тактические подходы к лечению деструктивно-го холецистита с применением малоинвазивной технологии. Вестн экстр медицины. 2011;2:8-12. [Alidjanov F.B., Khodjiboev A.M., Baimuradov Sh.E. Takticheskie podkhody k lecheniyu destruktivnogo kholetsistita s primeneniem maloinvazivnoi tekhnologii. Vestn ekstr meditsiny. 2011;2:8-12. In Russian].
11. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А. Эндовизуальные вмешательства при осложненных формах желчнокаменной болезни. Вестн экстр медицины. 2008;2:19-23. [Khadjibaev A.M., Atadjanov Sh.K., Khoshimov M.A. Endovizual'nye vmeshatel'stva pri oslozhnennykh formakh zhelchnokamennoi bolezni. Vestn ekstr meditsiny. 2008;2:19-23. In Russian].
12. Мидленко О.В. Система комплексного лечения больных осложненными формами острого холецистита. Дис. ... д-ра мед. наук. Ульяновск. 2010;224. [Midlenko O.V. Sistema kompleksnogo lecheniya bol'nykh oslozhnennymi formami ostrogo kholetsistita. Dis. ... d-ra med. nauk. Ul'yankovsk. 2010;224. In Russian].
13. Чарышкин А.Л., Мидленко О.В. Способ холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита. Вестн хир гастроэнтерол. 2009;2:56-58. [Charyshkin A.L., Midlenko O.V. Sposob kholetsistektomii pri oslozhnennykh formakh ostrogo kholetsistita. Vestn khir gastroenterol. 2009;2:56-58. Russian].
14. Евтушенко Е.Г. Малоинвазивное хирургическое лечение острого холецистита с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями. Дис. ... канд. мед. наук. Ульяновск 2009. [Evtushenko E.G. Maloinvazivnoe khirurgicheskoe lechenie ostrogo kholetsistita s nalichiem bol'shogo karmana Gartmana, srashchennogo s zhelchnymi putyami. Dis. ... kand. med. nauk. Ul'yankovsk 2009. In Russian].
15. Торшхоев И.Ю. Хирургическая тактика при сочетании острого холецистита с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Дис. ... канд. мед. наук. Краснодар 2017. [Torshkhoev I.Yu. Khirurgicheskaya taktika pri sochetanii ostrogo kholetsistita s yazvennoi bolezni'yu zheludka i/ili dvenadtsatiperstnoi kishki. Dis. ... kand. med. nauk. Krasnodar 2017. In Russian].
16. Шулуток А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. и др. Отдаленные сравнительные результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза. Анналы хирургической гепатологии 2005;10(3):44-50. [Shulutko A.M., Prudkov M.I., Beburishvili A.G. i dr. Otdalennyye sravnitel'nye rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya kholetsistokholedokholitiaza. Annaly khirurgicheskoi gepatologii 2005;10(3):44-50. In Russian].
17. Vazquez-Iglesias J.L., Gonzalez Conde B., Lopez-Roses L. Et al. Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ: long-term follow-up of 88 patients. Surg Endoscop. 2004;18(10):1442-1460.
18. Кукош М.В., Гомозов Г.И., Охотин А.И., Разумовский Н.К. Современные технологии в лечении больных с острым холециститом. Анналы хирургической гепатологии. 2005;10(2):202-202. [Kukosh M.V., Gomofov G.I., Okhotin A.I., Razumovskii N.K. Sovremennyye tekhnologii v lechenii bol'nykh s ostrym kholetsistitom. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2005;10(2):202-202. In Russian].
19. Назаренко П.М., Лукьянчиков Г.Ф., Канищев Ю.В. Хирургическая тактика у больных острым холециститом. Современные аспекты клинической хирур-

- гии Тула. 2002:57-58. [Nazarenko P.M., Luk'yanchikov G.F., Kanishchev Yu.V. Khirurgicheskaya taktika u bol'nykh ostrym kholistsitom. Sovremennye aspekty klinicheskoi khirurgii Tula. 2002:57-58. In Russian].
20. Lezana Pérez M.A., Carreño Villarreal G., Lora Cumplido P., Alvarez Obregón R. Comparative study of ambulatory laparoscopic cholecystectomy versus management of laparoscopic cholecystectomy with conventional hospital stay. *Cir Esp.* 2013;91(7):424-431.
 21. Федоров И.В., Сигаль Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. Под ред. В.С. Савельева. М.: ГЭ-ОТАР-Медиа. 1998;351. [Fedorov I.V., Sigal' E.I., Odintsov V.V. Endoskopicheskaya khirurgiya. Pod red. V.S. Savel'eva. M GEOTAR-Media. 1998;351. Russian].
 22. Жебровский В.В., Тимошин А.Д., Готье С.В. и др. Осложнения в хирургии живота. Руководство для врачей. М. Мед информ агентство. 2006:448. [Zhebrovskii V.V., Timoshin A.D., Got'e S.V. i dr. Oslozhneniya v khirurgii zhivota. Rukovodstvo dlya vrachei. M. Med inform agentstvo. 2006:448. In Russian].

РШТЁИМ НАМАНГАН ФИЛИАЛИДА ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОЛЛАРДА ЎТКАЗИЛГАН ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ 20 ЙИЛЛИК ТАЖРИБАСИ

А.А. АЛИЖОНОВ¹, Б.Р. ИСХОҚОВ¹, Н.Б. ИСХОҚОВ²

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали,

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

РШТЁИМ Наманган филиалида 10282 беморда ўткир калькулёз холецистит билан ўтказилган операцияларнинг натижаси ўрганилди. Беморларнинг (7608) 74% ини аёллар ташкил этади. Эркаклар эса 26%. Меҳнатга лаёқатли беморлар 81,7% ни, кексалар ва қариялар 15,6% ни ташкил этади. Асосий гуруҳда 6764 (65,8%) беморлар бўлиб, лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ), назорат гуруҳидаги 3518 (34,2%) беморларда анъанавий холецистэктомия (АХЭ) ўтказилган. 68 беморнинг 64 нафарида кузатиш эртанги операциядан сўнгги қорин бўшлиғи асоратларида релапароскопия орқали даволашга эришилди.

Калит сўзлар: Ўткир калькулёз холецистит, диагностикаси, лапароскопик холецистэктомия, асоратлари, хирургик давоси.

Сведения об авторах:

Алижанов Абдор Алижон угли –
д.м.н., директор Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Баркамол Робиддинович –
кандидат медицинских наук, заместитель
главного врача по хирургии Наманганского
филиала РНЦЭМП.
Тел +99891-360-22-03.

Исхаков Нурбек Баркамолевич –
врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru

Поступила в редакцию: 26.05.2021

Information about author

Abror Alijanov –
MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center
of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Barkamol Iskhakov –
MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican
Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.
E-mail: ishakovn@mail.ru. Tel.: 99891-360-22-03.

Nurbek Iskhakov –
doctor surgeon of the Department of Transplantology of
Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: ishakovn@mail.ru.

Received: 26.05.2021