

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

Диссертационный совет Д.14.08.372.

На правах рукописи

УДК : 616.316-003.7-089.87

ИБРАИМОВ ДООЛАТБЕК СЕЙТАКУНОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИЙ ИЗ
МИНИ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

14.00.27 – хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2009

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева и в Городской клинической больнице № 1 г.Бишкек.

Научные руководители:

Доктор медицинских наук Джоробеков Абдылас Джоробекович

Доктор медицинских наук,
профессор Мусаев Акылбек
Инаятович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
профессор Бейшеналиев
Алымкадыр Савирдинович

Кандидат медицинских наук
Усенбеков Рамис Турсунбекович

Ведущая организация:

Ошский Государственный
университет

Защита диссертации состоится «___» _____ 2009 г. в _____ часов на заседании Диссертационного совета Д.14.06.314 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г.Бишкек, ул.3-я линия, д.25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г.Бишкек, ул.3-я линия, д.25).

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор**

А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Желчнокаменная болезнь относится к числу довольно распространенных заболеваний во всем мире и, к сожалению, не имеет тенденции к снижению (В.В.Радионов и соавт., 1991; П.С.Ветшев и соавт., 1998; А.С.Ермолов, 1998; А.М.Хаджибаев и соавт., 2003; M.D.Allo et al., 1999; V.R.Andersen et al., 2003). Настораживает то обстоятельство, что в последние годы отмечается не только рост, но и увеличение осложненных форм, таких как холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, деструктивный холецистит (В.П.Кочуков, В.Н.Коняев, 1995; М.А.Галеев и В.М.Тимербулатов, 1997; Р.А.Омор и соавт., 2009).

М.М.Мамакеев и соавт. (2004), проанализировав плановые и экстренные операции в лечебных учреждениях Кыргызской республики, установили, что в последние годы плановые операции по поводу ЖКБ стали выполняться реже и в основном оперируются больные с осложненными формами, чем и обусловлена высокая частота осложнений и летальности.

В настоящее время основным методом лечения ЖКБ остается хирургический, но применение широкого доступа для удаления желчного пузыря, который применяется длительное время, часто сопровождается раневыми и легочными осложнениями в ближайшие сроки после операции, а в отдаленном – возникновением послеоперационной грыжи, спаечной болезни и др. Все исследователи отмечают, что чем старше возраст, тем выше процент осложнений и летальности (Э.Д.Каримов и соавт., 1997; В.А.Бородач и А.В.Бородач, 2002; П.В.Никонов и Н.И.Слепых, 2008; M.Gock et al., 2003), что требует больших затрат на лечение.

В последние годы в лечении ЖКБ используются и эндоскопические методы: это лапароскопическая холецистэктомия (С.А.Адылханов, 1994; Р.Ж.Избасаров, 1997; S.U.Sheen-Cheen et al., 2002; H.Tokumura et al., 2002), но и она не лишена недостатков: в момент ее выполнения могут возникать осложнения и в послеоперационном периоде тоже, хотя и реже. Кроме того, далеко не все хирургические стационары располагают этой дорогостоящей аппаратурой и не подготовлены кадры, в то время как операции на желчных путях выполняются повсюду.

В 70-х годах появились сообщения о возможности выполнения холецистэктомии из малого доступа, тем самым добиваясь снижения осложнений в ближайшем и отдаленном периодах (А.И.Тарасов и соавт., 1995; А.М.Шулутко и соавт., 1996; М.И.Прутков, 1997; У.Г.Спиридонов, 1998; А.Л.Шестаков и соавт., 1999; Б.А.Авасов, 2006; Н.И.Глушков и соавт., 2006; С.Н.Hsien, 2003; S.O.Ojogoa et al., 2003). Стали совершенствоваться инструменты, чтобы можно было использовать менее травматичные приемы. Однако, несмотря на накопленный опыт, до сих пор не разработаны техника и выбор места осуществления минимального доступа, который бы обеспечил

удаление желчного пузыря и выполнение операции на желчных путях, не увеличивая частоту осложнений. До настоящего времени не решен вопрос о возможности выполнения операции из минидоступа при различном положении печени и желчного пузыря, не разработаны ультразвуковые критерии для выбора локализации доступа (в подреберье, по средней линии живота, параректальный), не уточнены показания к применению различных доступов и не изучено течение раневого процесса. Все это явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами: Тема работы инициативная.

Цель работы: Улучшение результатов оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью путем совершенствования техники операции из минидоступов.

Задачи исследования:

1. Определить эхоморфометрические критерии для выбора минидоступа при желчнокаменной болезни.

2. Усовершенствовать подреберный и параректальный минидоступы с сохранением целостности прямой мышцы живота при холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни и определить к ним показания.

3. Дать ультразвуковую оценку течения раневого процесса после холецистэктомии.

4. Модифицировать конструкцию хирургического инструментария, необходимого для выполнения операций на желчных путях из мини оперативного доступа (оптимальный вариант канюли для выполнения интраоперационной холангиографии, ранорасширитель со световодом).

5. Дать сравнительную оценку разработанного нового подхода техники операций на желчных путях из мини оперативного доступа в сравнении с традиционным широким доступом.

Научная новизна:

1. Усовершенствованы подреберный и параректальный оперативные доступы с сохранением целостности прямой мышцы живота при холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни.

2. Представлены эхоморфометрические критерии к применению предложенных оперативных доступов при ЖКБ.

3. Модифицирована конструкция хирургических инструментариев, необходимых для выполнения операций на желчных путях из мини операционного доступа (канюля для выполнения интраоперационной холангиографии, расширитель со световодом).

4. Представлена динамика течения раневого процесса после холецистэктомии.

5. Дана сравнительная оценка традиционного доступа и минидоступа при ЖКБ, их преимущества и недостатки.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Разработанные для мини холецистэктомии операционные доступы с сохранением прямой мышцы живота обеспечивают раннюю активизацию больных, позволяют избежать развития интра- и послеоперационных осложнений.

2. Представленные ультразвуковые критерии расположения желчного пузыря существенно облегчают выбор минидоступа.

3. Модифицированные конструкции хирургического инструментария значительно упрощают технику выполнения операций на желчных путях из мини операционного доступа (предложенная канюля для интраоперационной холангиографии).

4. Разработанный подход к технике выполнения операций на желчных путях из мини оперативного доступа позволяет значительно уменьшить число осложнений, а, следовательно, и улучшить результаты лечения больных с ЖКБ.

Экономическая значимость полученных результатов: включает возможность получения медико-социальной эффективности за счет уменьшения числа интра- и послеоперационных осложнений, сокращения сроков пребывания в стационаре и стоимости затрат лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Использование эхоморфометрических критериев дает возможность избрать наиболее адекватный доступ для холецистэктомии при ЖКБ.

2. Рационально избранный доступ, использование усовершенствованной техники операции и инструментария, динамическое наблюдение за течением раневого процесса позволяют улучшить результаты оперативного лечения больных с ЖКБ.

Личный вклад соискателя.

Личное участие автора диссертации охватывает весь процесс статистической обработки и анализа материалов. В 80% операций соискатель принимал участие в качестве оператора и ассистента.

Апробация результатов диссертации.

Материалы диссертации доложены на конференции молодых ученых и специалистов КГМА (г.Бишкек, 2007), на совместном заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА и городской клинической больницы № 1, г.Бишкек (г.Бишкек, 2009), на заседании кафедры хирургических болезней Международной высшей школы медицины при МУК (г.Бишкек, 2009), на заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций хирургического профиля при диссертационном совете Д 06.314 (г.Бишкек, 2009).

Внедрение результатов исследования. Основные положения диссертации (выбор доступа и оценка течения раневого процесса) внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1, г.Бишкек.

Результаты работы используются на практических занятиях по теме: «Желчнокаменная болезнь, диагностика и лечение».

Публикации по теме диссертации.

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ, получено 3 удостоверения на рационализаторские предложения, выданные патентным отделом КГМА (№8 от 07.02.07; №22 от 03.04.07; № 31 от 15.09.08).

Структура и объем диссертации.

Диссертационная работа изложена на 111 страницах электронного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, главы обзора литературы и четырех глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 205 источников, из них 55 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 23 рисунками и 18 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 212 больных, оперированных по поводу ЖКБ в хирургических отделениях ГКБ №1 г.Бишкек с 2006 по 2008 год включительно. Распределение по возрасту показало (табл.1), что наиболее часто больные поступали в возрасте от 40 до 60 лет. Из них женщин - 186 (87,74%), мужчин – 26 (12,26%).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего больных		Группы больных	из них в возрасте (в годах)				
	абс.ч.	%		от 20 до 30	от 30 до 40	от 40 до 50	от 50 до 60	старше 60 лет
Муж.	7	6,86	Осн.	-	1	2	3	1
	19	17,3	Контр.	1	-	8	5	5
Жен.	95	93,14	Осн.	2	11	32	30	20
	91	82,7	Контр.	10	17	29	25	10
Итого:	абс.	212		13	29	71	63	36
	%		100,0	6,13	13,68	33,49	29,72	16,98

– контрольная группа (102 больных)

– основная группа (110 больных)

Давность заболевания колебалась от одного года до 12 лет, но наибольшее число больных было с давностью более 5 лет (рис.1.). Сопутствующие заболевания выявлены у 90 (42,45%).

Все поступившие были разделены на две группы: в первую (102 чел.) вошли больные, которым холецистэктомия была выполнена из традиционного доступа (косой разрез в правом подреберьи по Кохеру или Федорову), а во вторую (110 чел.) включили больных, которым холецистэктомия была выполнена из минидоступа (косой подреберный у 85 и параректальный у 25).

В оценке состояния больных и течения заболевания помимо общеклинических методов исследования (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография, билирубин, АЛТ, АСТ) использовали УЗИ аппаратом фирмы

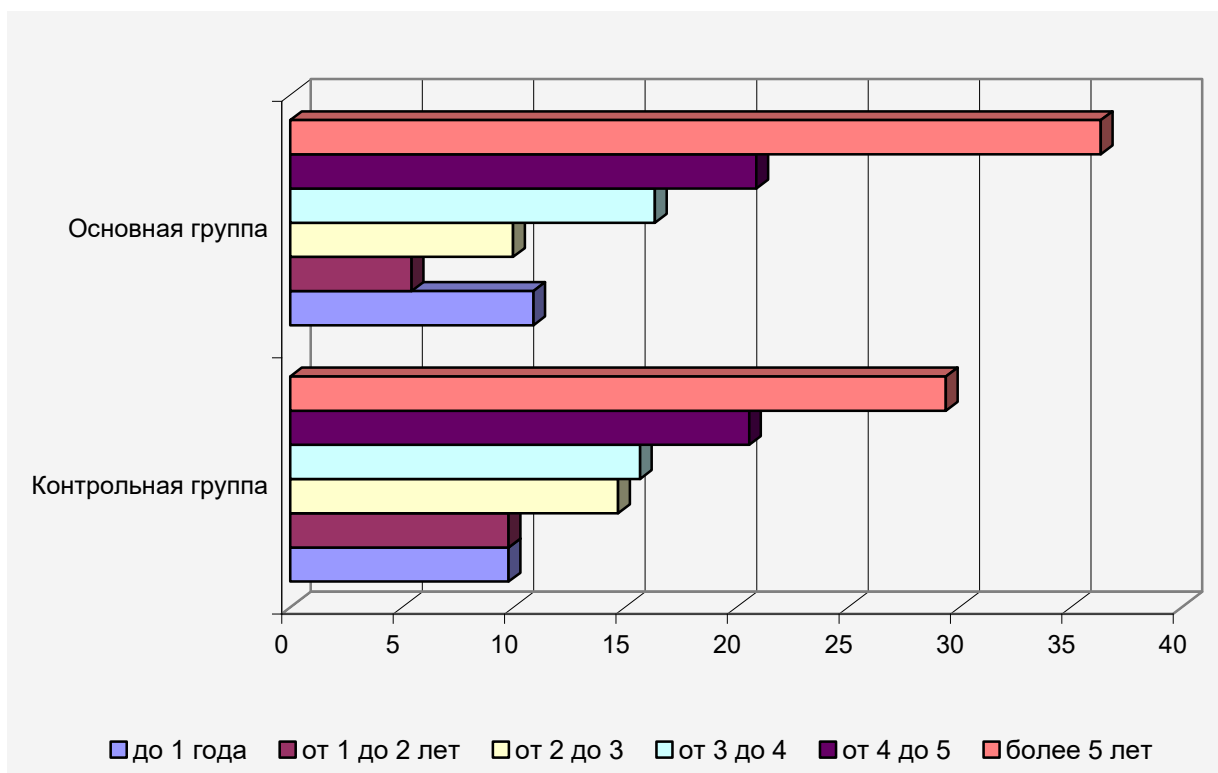


Рис. 1. Распределение больных по давности заболевания

“Aloka ECHO Camera SSC-370” операционной раны, раневой поверхности печени в месте удаления желчного пузыря (на 1, 3, 5, 7 сутки), для определения течения раневого процесса и УЗИ для выбора адекватной локализации минидоступа, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) для оценки воспалительного процесса по Я.Я.Кальф-Калифу (1941) и исследовали в динамике функцию внешнего дыхания спирометром ТУ64-1-2267-77 (до операции и на 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 сутки после операции). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (δ) и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t-критерию по таблице Стьюдента.

Результаты собственного исследования. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Анализ результатов показал, что при традиционном доступе длительно держались боли в области раны, активизируются больные на 3-4 сутки, пребывание в стационаре составляет $8,3 \pm 0,14$ койкодней. Показатели внешнего дыхания и к 7 суткам не приходят к норме и осложнения в послеоперационном периоде составили 12,04%.

Учитывая то обстоятельство, что в последнее время многие хирурги стали использовать минидоступ для холецистэктомии, мы особое внимание уделили выбору локализации доступа, так как в литературе есть сообщения о различных вариантах (косой подреберный, срединный, параректальный и др.), но в каких случаях какой из них более применим и каковы критерии их выбора остается нерешенным.

Используя УЗИ, мы основывались, в первую очередь, на определении локализации печени, затем тела, дна и шейки желчного пузыря по отношению к срединной линии тела и реберной дуге и результаты наносили на переднюю брюшную стенку, кроме того, учитывали эхоморфометрические критерии: толщина кожи и мягких тканей от белой линии живота до париетальной брюшины, расстояние от средней линии живота до шейки пузыря, от реберной дуги до тела желчного пузыря. Если первое измерение было не более 6 см, второе – не более 8 см, а третье – не более 12 см, то вопрос решали в пользу минидоступа.

Если печень располагалась высоко и желчный пузырь был ближе к реберной дуге или наслаивался на нее (рис.2- а,б), то считали целесообразным избрать косой подреберный доступ, а при низком расположении печени (II-III поясничные позвонки) и если желчный пузырь был на уровне II поясничного позвонка (рис.2- в,г), то более выгодным был параректальный доступ.

Определение локализации печени и желчного пузыря и его состояние убедили нас в том, что далеко не всегда необходимо выполнять минидоступ, имеют место наблюдения, когда уже до операции можно отказаться от минидоступа и сразу выполнить холецистэктомию из традиционной лапаротомии (рационализаторское предложение № 22 от 03.04.07).

Мы проанализировали детально результаты УЗИ в отношении расположения печени и желчного пузыря у 82 больных и при этом установили, что вариант, представленный на рис.2-а, наблюдался у 42,68%, вариант 2-б – у 26,83%, 2-в – у 15,85%, 2-г имел место у 14,64%. При варианте 2-а следует использовать косой подреберный минидоступ, при 2-в,г – параректальный, в то время как при варианте 2-б при наличии склероза желчного пузыря с множеством конкрементов или подозрении на синдром Мирizzi – лучше сразу избрать традиционную лапаротомию.

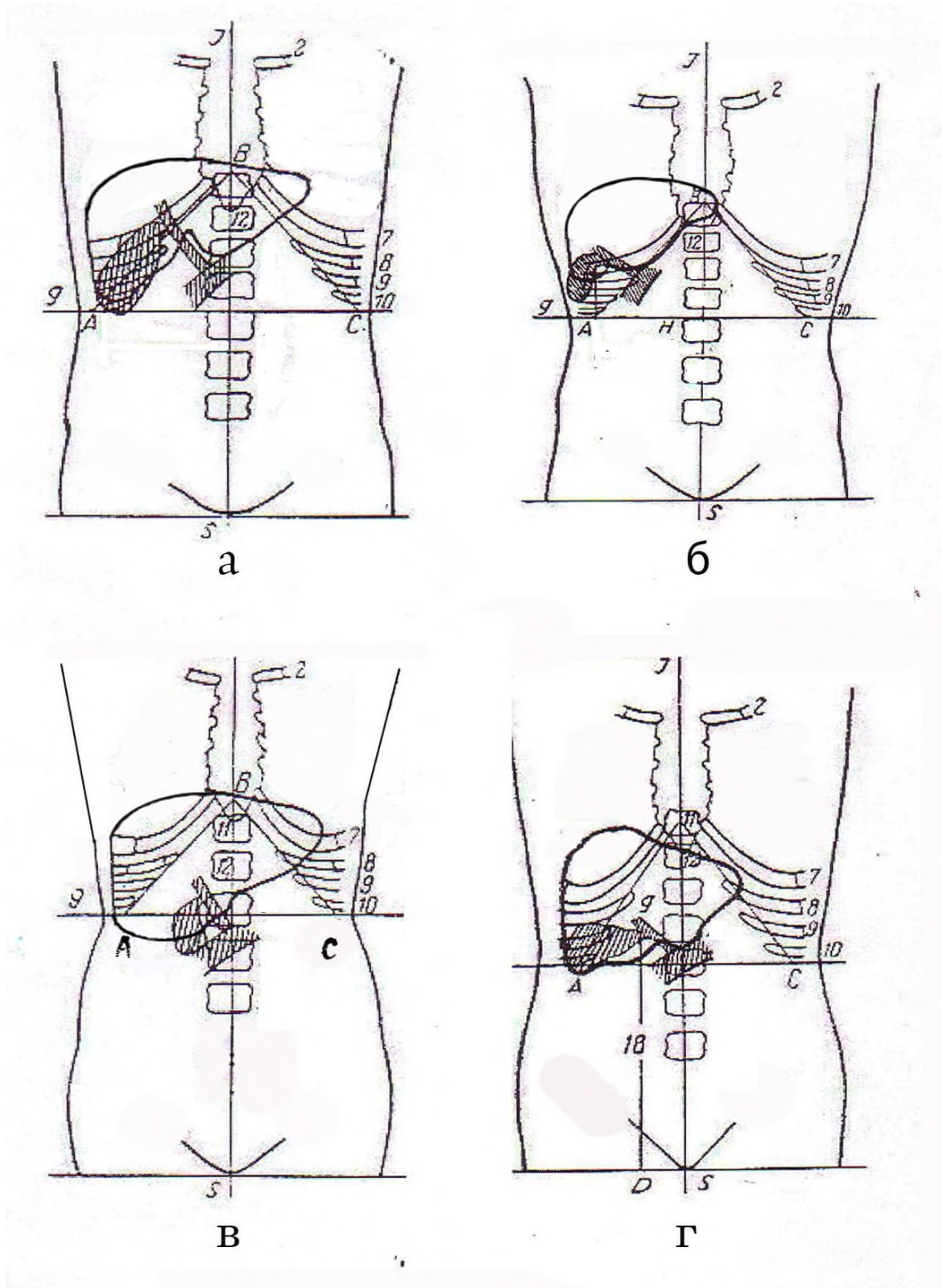


Рис.2. Варианты расположения печени и желчного пузыря (по данным УЗИ).

а,б – ближе к реберной дуге (69,51%).

в,г – ближе к позвоночнику (30,49%).

Основываясь на том, что у большинства больных можно осуществить минидоступ для холецистэктомии, мы усовершенствовали некоторый инструментарий (рис.3.). Так, к печеночному расширителю добавили осветитель, позволяющий осветить операционное поле в глубине раны что значительно облегчало обработку пузырной артерии и протока (рационализаторское предложение № 8 от 07.02.07).

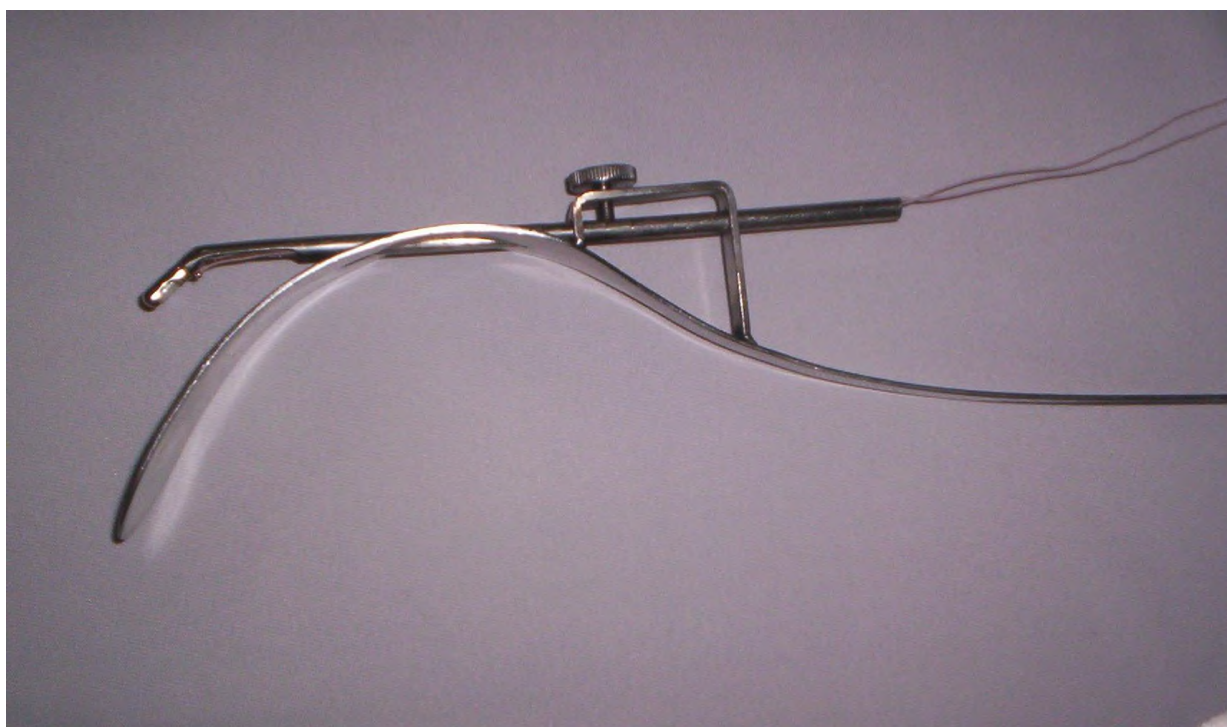


Рис.3. Ранорасширитель со световодом для минидоступа

Мы также усовершенствовали приспособление для выполнения холангиографии при минидоступе (рис.4). Суть которого заключается в том, что иглу длиной 15 см. и диаметром 1 мм. применяемых при переливании жидкостей, колющее ее острие рационально заточено под углом 35° . Игле придавалась клиновидная форма и она была изогнута под углом 25° от основания. Такая форма иглы способствовало легко и нетравматично вводить ее в пузырный проток, и через нее вводить проводник и катетер и выполнять интраоперационную холангиографию (рационализаторское предложение № 31 от 15.09.08).

Все эти усовершенствования облегчили выполнение холецистэктомии и при показаниях можно было выполнить и холангиографию.

В основную группу вошли 110 больных, которым мы произвели холецистэктомию из минимального доступа (косой подреберный – у 85 и параректальный – у 25), причем доступы осуществляли без рассечения прямых

мышц живота. По основным клиническим параметрам обе группы больных были равнозначными. Для сравнительной оценки мы использовали клинические показатели (нормализация температуры, исчезновение болевого синдрома, продолжительность пребывания в стационаре) и специальные методы исследования.

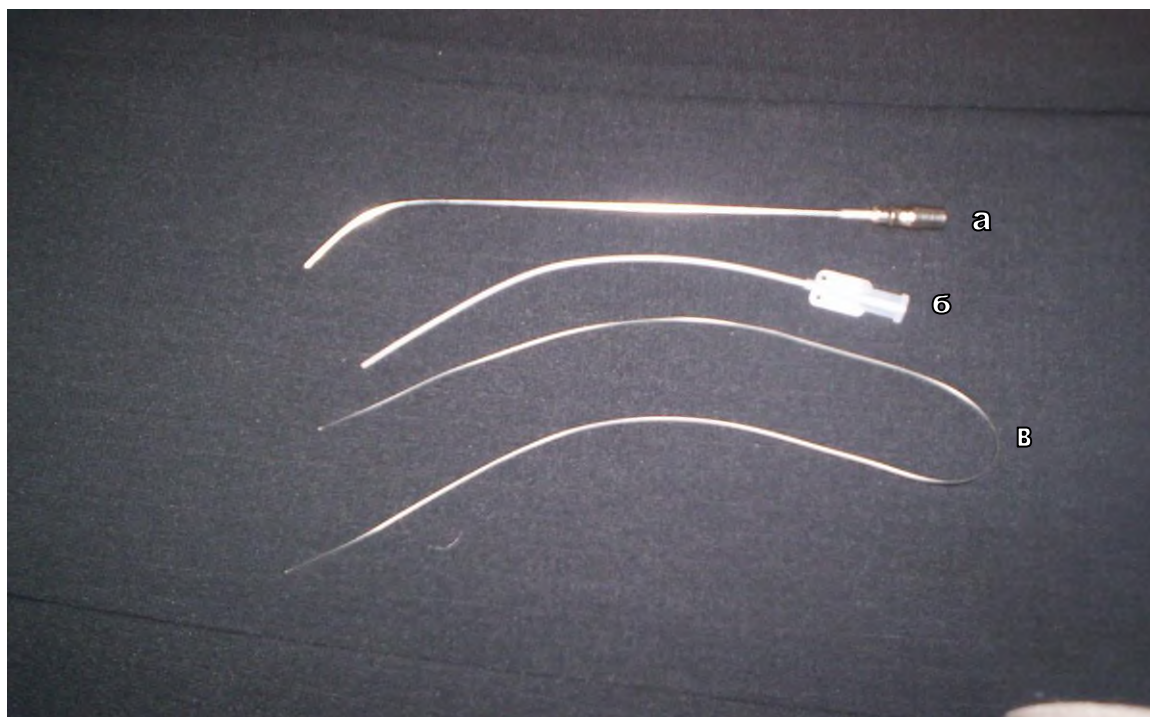


Рис.4. Инструментарий для холангиографии:

а) модифицированная игла; б) катетер; в) проводник

Сравнивая результаты клинических, лабораторных и инструментальных данных оперативного лечения групп больных с косым доступом и параректальным, мы достоверных различий не обнаружили. При использовании минидоступа в правом подреберье и параректальном, нормализация температуры тела, исчезновение болевого синдрома и сроки пребывания в стационаре были идентичными. Отметим лишь существенные различия в сравнении с традиционной лапаротомией.

При сопоставлении динамики ЛИИ было отмечено, что до операции показатели в обеих группах были равнозначны, и не превышали нормальных величин, что указывало на отсутствие воспалительного процесса и интоксикации, а в послеоперационном периоде, особенно через сутки и трое суток в группе больных с традиционной лапаротомией он повышался более существенно в сравнении с больными с минидоступом и к моменту выписки он не достиг нормы, в то время как при минидоступе к выписке ЛИИ не отличался от нормальных величин, это подтверждало более выраженную воспалительную

реакцию в области операционной раны при использовании традиционного лапаротомного доступа (рис. 5.).

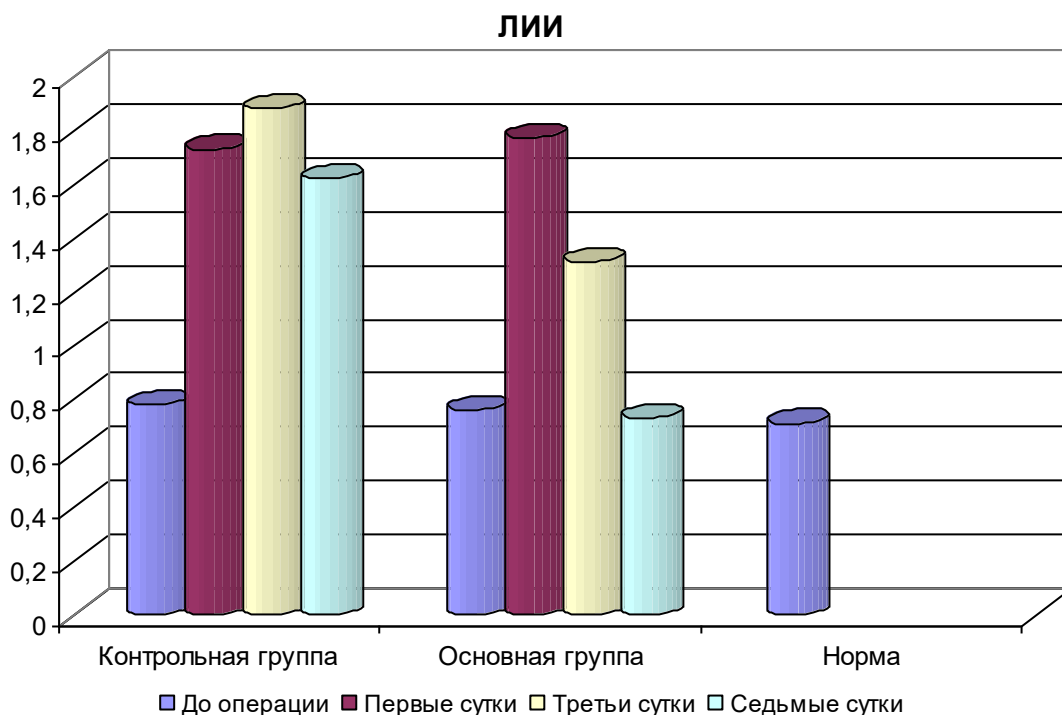


Рис. 5. Динамика ЛИИ больных контрольной и основной групп

Рассматривая показатели УЗИ операционной раны в динамике, нами было отмечено, что размеры гипоэхогенной зоны операционной раны были значительно шире при традиционной лапаротомии и ее величина уменьшалась значительно медленнее в сравнении с минидоступом. УЗИ операционной раны позволяло выявить осложнения до появления клинических признаков, принять меры для предотвращения их прогрессирования, что обеспечивало благоприятное течение послеоперационного периода. Так если на пятые сутки после операции величина гипоэхогенной зоны превышала размеры, которые были на третьи сутки после операции, то это указывало на возможность возникновения осложнения и требовало выполнения ревизии раны и усиления противовоспалительной терапии (рис. 6.).

Наблюдение за состоянием ложа желчного пузыря показало, что как при традиционном, так и минидоступе динамика состояния ложа одинакова, она характеризовалась в виде линейной или дугообразной гипоэхогенной зоной, в ряде случаев имело место скопление жидкости в небольшом количестве между печенью и листками серозной оболочки и в единичных наблюдениях скопление небольшого количества жидкости в подпеченочном пространстве – это уже настораживало нас в отношении возможного возникновения осложнений, что являлось основанием для усиления противовоспалительной терапии и

выполнения УЗИ в динамике вплоть до выписки из стационара, благодаря этому подходу мы избежали тяжелых осложнений в послеоперационном периоде.

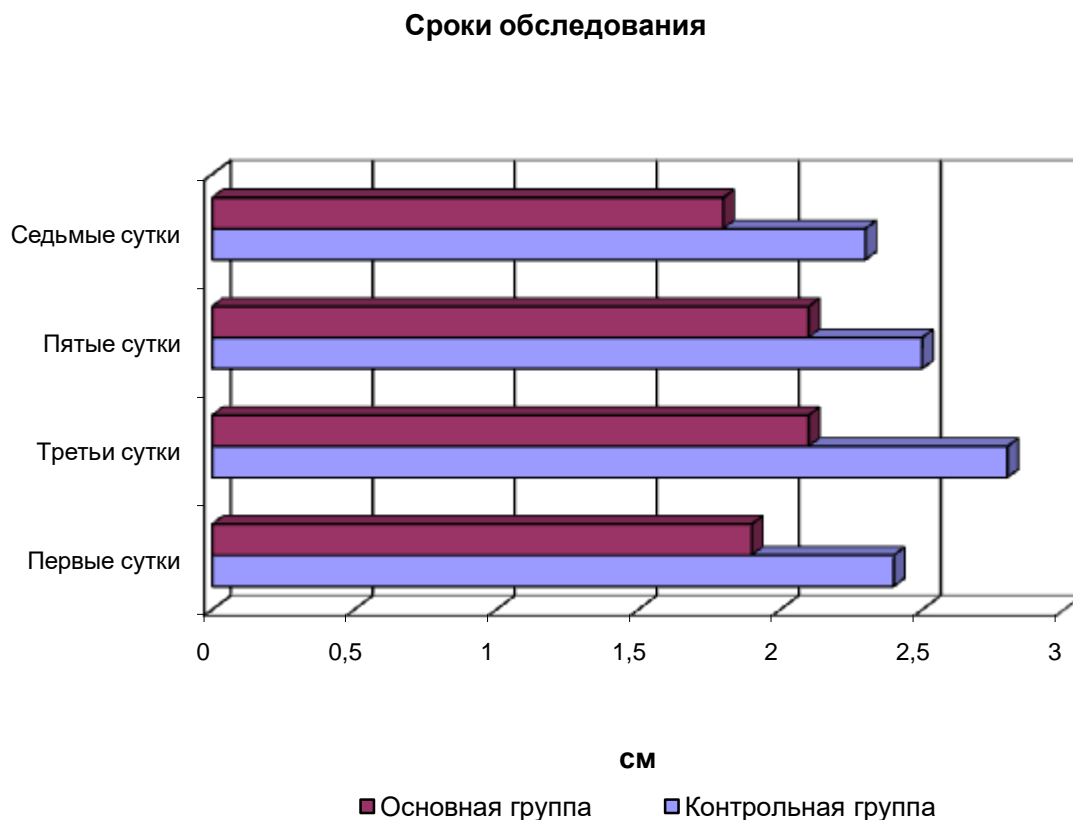


Рис.6. Динамика показателей УЗИ операционной раны больных контрольной и основной групп

При рассмотрении показателей внешнего дыхания в обеих группах было отмечено, что они были равнозначны до операции и не превышало нормальных величин (рис.7), а в послеоперационном периоде в первой группе они существенно изменялись, особенно на 3 сутки. Это касается показателей ЖЕЛ, РО выдоха, РО вдоха и МОД, а к моменту обследования на 7 сутки не достигали нормы, в то время как при минидоступе, начиная уже с 3 суток, показатели внешнего дыхания улучшались и достигали нормы к 7 суткам (рис. 8,9.). Все это можно объяснить меньшей травматичностью операции, более быстрым снижением болевого синдрома, ранней активацией больных при минидоступе.

Сопоставление клинических показателей (табл.2) показало существенные преимущества минидоступов: меньшая травматичность, более быстрое исчезновение болевого синдрома и нормализация температуры, уменьшение

сроков пребывания в стационаре, а, следовательно, и уменьшение расходов на лечение больных.

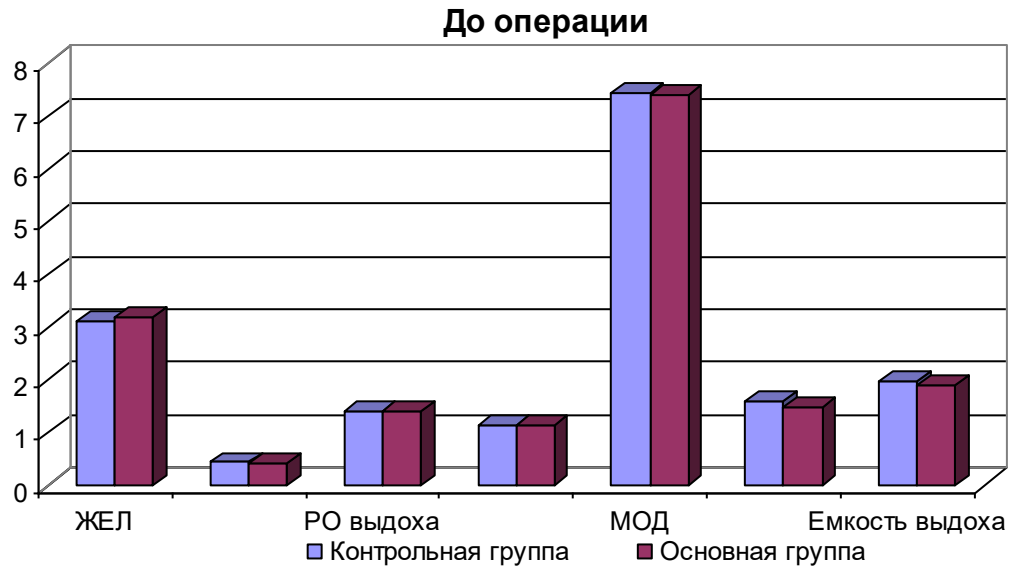


Рис.7. Показатели внешнего дыхания больных контрольной и основной групп до операции.

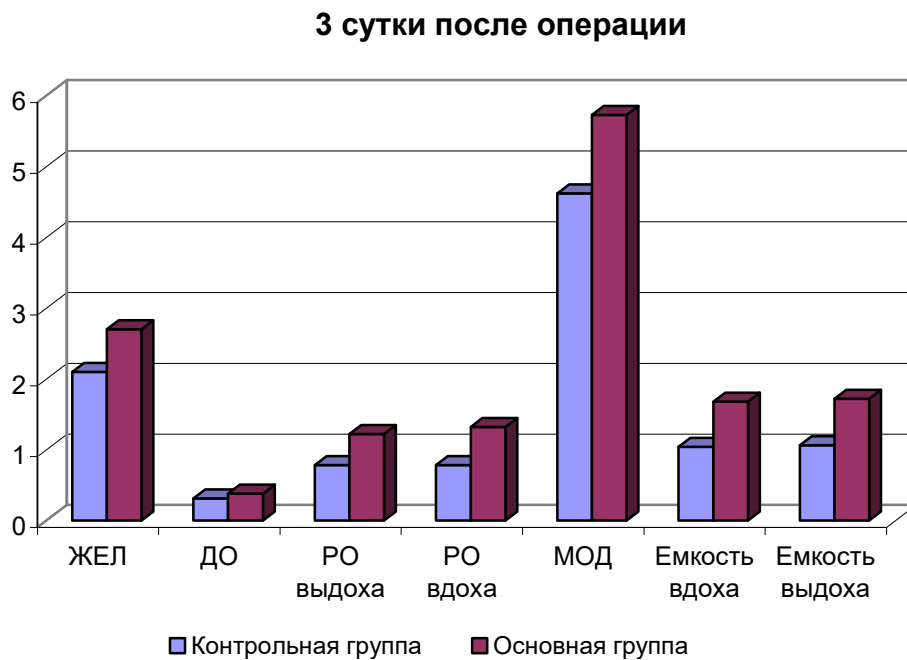


Рис.8. Показатели внешнего дыхания больных контрольной и основной групп через трие суток после операции.

6 сутки после операции

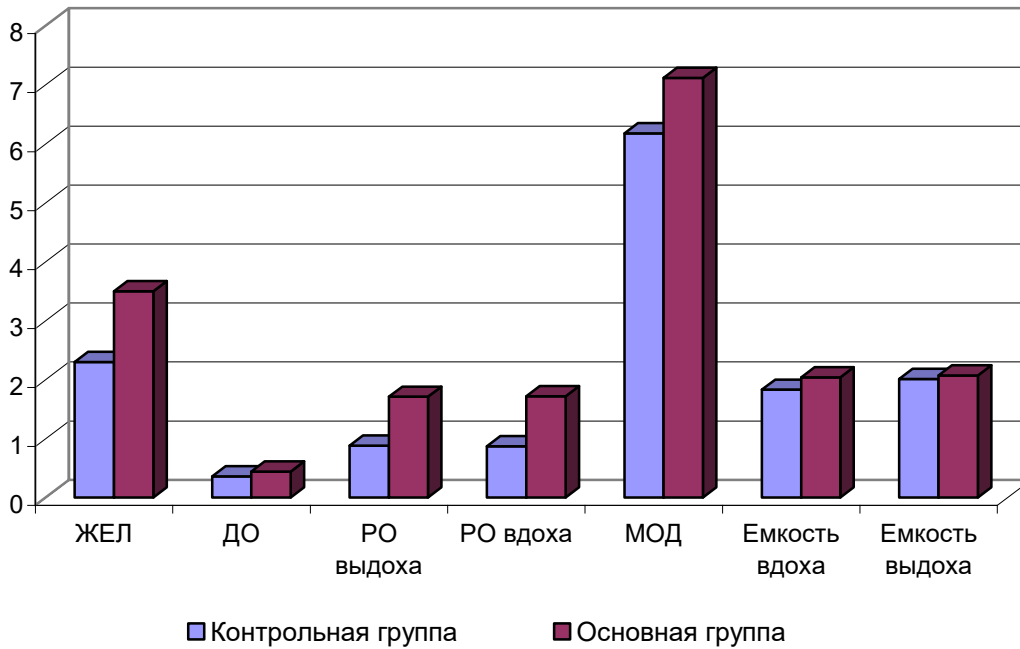


Рис.9. Показатели внешнего дыхания больных контрольной и основной групп на шестые сутки после операции

Таблица 2

Основные клинические показатели контрольной и основной групп

Показатели	Контрольная группа	Основная группа	Р
Нормализация температуры, сутки	3,9±0,02	2,1±0,03	<0,01
Исчезновение болевого синдрома, сутки	4,4±0,09	2,3±0,05	<0,01
Нормализация лейкоцитов, 10 ⁹ /л	5,7±0,08	4,1±0,07	<0,001
Послеоперационные осложнения, %	12,04±3,22	2,73±1,55	<0,01
Проведено койко дней, сутки	8,3±0,14	4,3±0,41	<0,001

Таким образом, наши исследования показали, что улучшение результатов оперативного лечения больных ЖКБ можно добиться путем дифференцированного подхода к выбору доступа с учетом результатов УЗИ, использования инструментария, обеспечивающего дистанционное удаление желчного пузыря, применение УЗИ в динамике за течением раневого процесса. На наш взгляд, использование этого положения позволяет выполнять операции до развития осложнений ЖКБ и оздоровить большую часть населения, страдающего ЖКБ.

ВЫВОДЫ

1. Разработанные эхоморфометрические критерии позволяют выбрать наиболее рациональный мини-доступ (косой в правом подреберье, параректальный справа), либо использовать традиционную лапаротомию.

2. Подреберный и параректальный минидоступы с сохранением целостности прямой мышцы живота обеспечивают необходимые условия для удаления желчного пузыря и выполнения интраоперационной холангиографии, переход на широкую лапаротомию имел место лишь в 1,8% (у 2 из 110).

3. УЗИ в динамике за состоянием ложа желчного пузыря и операционной раны брюшной стенки позволяет оценить течение раневого процесса и выявить осложнения до появления их клинических признаков и своевременно использовать противовоспалительную терапию и ревизию раны для предотвращения прогрессирования осложнений.

4. Модифицирование печеночного ранорасширителя с световодом и канюли для интраоперационной холангиографии обеспечивает достаточный визуальный обзор операционного поля и позволяет дистанционно произвести холецистэктомию и холангиографию (по показаниям).

5. Холецистэктомия из минидоступа, выполненная по показаниям, имеет преимущества перед традиционной лапаротомией в том, что реже возникают осложнения, уменьшаются сроки стационарного лечения. Оба разработанные доступа (косой в правом подреберье и параректальный) имеют равные преимущества перед традиционным доступом. Косой подреберный и параректальный без повреждения прямой мышцы живота, не должны противопоставляться, так как они выполняются по различным эхоморфометрическим критериям. Традиционный доступ может применяться при высоком расположении печени, наличии склероза желчного пузыря, при подозрении на синдром Мириззи, холедохолитиаз.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При решении вопроса об операции при ЖКБ использовать разработанные нами эхоморфометрические критерии для выбора доступа.

2. Для оценки течения раневого процесса после холецистэктомии использовать эхоморфометрический контроль за состоянием операционной раны и ложа желчного пузыря. При выявлении наличия выпота в подпеченочном пространстве и между печенью и ушитом ложе пузыря усилить противовоспалительную терапию и осуществлять УЗИ в динамике до полного рассасывания выпота.

3. При выполнении холецистэктомии из минидоступа, если возникают трудности в выделении желчного пузыря или кровотечения, переходить на традиционную лапаротомию.

4. Если в анамнезе есть указания на желтуху или в момент операции отмечено расширение холедоха, то из минидоступа можно выполнить холангиографию, используя разработанную нами методику.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни // Хирургия Кыргызстана. – 2007. - №2. – С.102-104. (соавт. Ниязбеков К.И.).
2. Минилапаротомный разрез при холецистэктомии // Медицинские кадры XXI века. – 2007. - №2. – С.92-94. (соавт. Ниязбеков К.И.).
3. Холецистэктомия из минидоступа // Вестник хирургии Казахстана. – 2007. - №2. – С.10-11.
4. Эхоморфометрический метод контроля за течением раневого процесса при хроническом калькулезном холецистите // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - Т.14, прилож.2. – С.75-77. (соавт.Осмоналиев Э.Ж.).
5. Минилапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - Т.14, прилож.2. – С.74-75.
6. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2008. - №3. – С.62-64. (соавт.Мусаев А.И.).
7. Совершенствование техники операций из минилапаротомного доступа при хроническом калькулезном холецистите // Хирургия Кыргызстана. – 2009. - №1. – С.37-39.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Ибраимова Доолатбека Сейтакуновича на тему: «Совершенствование техники операции из миниоперативного доступа при

желчнокаменной болезни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия

Ключевые слова: желчный пузырь, желчнокаменная болезнь, оперативное лечение, минидоступ.

Цель работы: Улучшение результатов оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью путем совершенствования техники операции.

Объект исследования: 212 больных с желчнокаменной болезнью, оперированных в плановом порядке.

Методы исследования: помимо общеклинических (анализ крови и мочи, ЭКГ, печеночные тесты) использовано ультразвуковое исследование операционной раны и ложа желчного пузыря в динамике, лейкоцитарный индекс интоксикации и показатели внешнего дыхания.

Полученные результаты и их новизна: Были выделены две группы больных, в первую включены 102, которым холецистэктомия выполнена из

традиционного доступа, и 110, у которых желчный пузырь удален из минимального доступа (косой подреберный и параректальный). Для выбора доступа разработаны эхоморфометрические критерии, позволяющие выбрать наиболее рациональный доступ. Применение ультразвукового исследования операционной раны и ложа желчного пузыря дает возможность выявить осложнения до их клинического проявления и предотвратить их прогрессирование. Усовершенствованный инструментарий облегчает выполнение холецистэктомии из минимального доступа, применение которого позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 12,04 до 2,73% и существенно снизить сроки стационарного лечения (с $8,3 \pm 0,14$ койко дней до $4,3 \pm 0,41$).

Область применения: хирургия.

Библиография: Материал изложен на 110 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, обзора литературы и четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация включает 18 таблиц и 23 рисунков. Указатель литературы содержит 205 литературных источника, из них 55 работы авторов дальнего зарубежья.

КОРУТУНДУ

Д.С.Ибраимовдун, 14.00.27 – хирургия специалистиги боюнча, медициналык илимдеринин кандидаттык наамына ээ боолууга арналган, «Ёт жолунун таш оорусунда курсакты кичинекей айанычтуу кесщ жолу менен ёт баштыкчасын алуу» аттуу илимий эмгегинин жыйынтыгы.

Негизги сөздөр: Ёт баштыкчасы, ёт жолдорунун таштуу оорусу,

хирургиялык жол менен дарылоо, кичинекей ченеп кесщ жолу.

Эмгектин максаты: Операциянын техникалык жолун жакшы жакка өзгөртщ менен ёт жолдорунун таш оорусунда жасалуучу операцияны

Изилдөөнүн объекти: Пландуу тщрдё 212 ооруга жасалган операциянын жыйынтыгы.

Изилдөө жолдору: Жалпы клиникалык (кандын, сийдиктин анализи, ЭКГ, боордун текшерщщщ тестери) текшерщщдён башка, ультразвуктун жардамы менен операциядагы жараттын жана ёт баштыкчасынын айланасы өзгөргөн мезгилинде текшерип туруу, дене уулангандагы лейкоциттин индексин жана сырткы дем алуунун өзгөрщщщн текшерщщ.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: Эки тщрдщщ жол менен операция жасалган оорулар эки топко бөлщндщ. Алардын биринчи бөлщщндё 112 оорулуу, аларга белгилщщ жол менен операция жасалып ёт баштыкчасы алынган. Ал эми экинчи бөлщщндё жабыча иштелип чыккан кичинекей кесщщ ыкмасы

менен ёттщн баштыгы кесип алынган 110 оорулу тцзёт. (Кабырганын ылдыйкы бетин жандап кесщщ, курсактын тцз булчуьун бойлоп кесщщ). Ёт баштыкчасын ыкчам алуу жолун аныктап билщщ максатында эхоморфометрин ченёё ёлчёмдёрщн колдонуу менен жщргцзщлёт. Ультразвук менен изилдёё операциядан кийинки жарааттын жана ёт баштыкчасынын айланасындагы кабылдоолорду анын клиникалык белгилери билингенге чейин эле аныктап, керек болсо чара колдонулат. Жаьы ыкмада жасалган азыркы талапка жооп берщщщ аппараттар ёт баштыкчасын кичинекей эле ченеп кесщщ жолуу менен алууга шарт тцзёт жана операциядан кийинки экезигщщщщ кабылдоолорду 12,04% тен, 2,73% ке чейин кыскартат, ал эми оорулардын ооруканада болуусунун $8,3 \pm 0,14$ тён $4,3 \pm 0,41$ ге чейин кыскартат.

Колдонулуучу областы: хирургия

Библиография: Материал компьютерлик терщщ жолу менен 110 бетке жазылган Times New Roman шрифти, кириллица (ёлчёмщ 14, аралыгы 1,5). Эмгектин тцзщлщщщ, илимий эмгектердин жалпы чагылдырылышы, автордун жщргцзгён илимий иши 4 главаны тцзёт, илимий эмгектин жыйынтыгы, кёргёзмёщщ, практикада колдонуу эрежелери колдонулган адабияттардын тизмеси чагылдырылган. Диссертацияда 18 таблица жана 23 сщрёт киргизилген. Колдонулган 205 адабияттардын ичинен 55 алыскы ёлкёлёрдщн авторлорунун эмгектери.

RESUME

For dissertation thesis by Ibraimov Doolatbek Seitakunovich in the theme: “Perfectness of surgical method from minioperative access in patients with

cholelithiasis” for degree of candidate of science on the medicine specialty 14.00.27 – Surgery

Key words: gallbladder, cholelithiasis, surgical treatment, minilaparatomy.

Work objective: to improve the results of surgical treatment of the patients with cholelithiasis by means of perfectness of surgical method.

Object of research: 212 patients with cholecistolithiasis after planned surgical treatment.

Methods of research: Besides general clinical examination (blood count, urinalysis, ECG, hepatic test) ultrasonic examination of operative wound and gallbladder bed in dynamics, leukocytic index of intoxication and external respiration indexes have been applied.

Results of research: Two groups of the patients were picked out. The first group included 112 patients. In these patients cholecystectomy was fulfilled from the traditional access, and in 110 patients gallbladder was removed from minimal access (ablique subcostal and pararectal incisions). To pick out the access the

echomorphometric criterious were elaborated, which allowed to choose more rational access. Ultrasonic examination of operative wound and gallbladder bed gives a good opportunity to bring to light the complications before their clinical display and to prevent their progress. The improved instruments facilitate the carrying out of cholecystectomy from minimum access. The use of this access allowed to lower the frequency of postoperative complications in patients from 12,04% to 2,73% and to lower the period of hospital treatment (from $8,3\pm 0,14$ to $4,3\pm 0,41$).

Area of use the application: Surgery.

Bibliography: The dissertation thesis is executed in 110 PC printed pages, in Time New Roman print, Cirillic alphabet (size 14, space 1,5), consists of introduction, literature review and 4 chapters of findings, conclusion, practical recommendations and the list of literature. The thesis is illustrated with 18 tables and 23 figures. Bibliography contains 205 works including 55 works of the authors from the rest of the world.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АЛТ - аланинтрансфераза
- АСТ - аспартаттрансфераза
- ДО - дыхательный объем
- ЖЕЛ - жизненная емкость легких
- ЖКБ - желчнокаменная болезнь
- КТ - компьютерная томография
- ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации
- ЛХЭ - лапароскопическая холецистэктомия
- МВЛ - максимальная вентиляция легких
- МХЭ - минихолецистэктомия
- РО - резервный объем
- УЗИ – ультразвуковое исследование