

## ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTIONS IN ABDOMINAL AND THORACIC SURGERY

*I.U. Polianskyi, M.M. Gresko, V.V. Andriets, F.V. Grynychuk, I.R. Shyrokov, V.S. Pohirliak, V.P. Kozak, F.I. Baranetskyi, V.P. Dorosh, V.P. Slyvka*

**Abstract.** The experience of using standard laparoscopic facilities for the purpose of performing cholecystectomies, surgical interventions on the uterine appendages, in case of thoracic pathology in 1462 patients has been generalized. The high efficacy of endoscopic surgical interventions, their economical efficiency has been proved.

**Key words:** endoscopic surgery, laparoscopy, thoracoscopy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 8.02.2002 року

УДК 616.366-002:616.364

*Д.Б.Домбровський*

### ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТА ЛАПАРОТОМНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю.Полянський)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** У хворих на калькульозний холецистит (КХ) встановлено порушення функціонального стану печінки, нирок та системи регуляції агрегатного стану крові. У післяопераційному періоді при виконанні лапаротомної холецистектомії спостерігається погіршення функції цих органів і систем організму. За умов виконання лапароскопічної холецистектомії ці зміни менш виражені.

**Ключові слова:** калькульозний холецистит, холецистектомія.

**Вступ.** Хірургічне втручання у хворих на гострий холецистит (ГХ) виконується у 18-80% випадків [4]. Такий широкий діапазон щодо вибору оперативного лікування пояснюється відсутністю єдиної тактики лікування і чітких критеріїв прогнозу перебігу захворювання та ефективності консервативної терапії [9].

Тривалий час серед оперативних втручань домінувала класична холецистектомія [6]. Впровадження у хірургічну практику ендоскопічних (в тому числі лапароскопічних) малоінвазивних методів досліджень, а згодом і операцій, значно розширило можливості хірургічного лікування гострого холециститу та його ускладнень [1, 2]. Із застосуванням лапароскопічної техніки виконується майже 90% холецистектомій [3]. До переваг лапароскопічної холецистектомії відносяться мала травматичність, скорочення термінів перебування в стаціонарі, швидка реабілітація хворих, добрий косметичний ефект. В той же час не вивчений вплив лапароскопічного методу холецистектомії при калькульозному холециститі (КХ) на функціональний стан печінки та систему регуляції агрегатного стану крові в порівнянні з лапаротомною холецистектомією [5, 8].

**Мета дослідження.** Вивчити вплив лапароскопічного методу холецистектомії на функціональний стан печінки, нирок і системи регуляції агрегатного стану крові в порівнянні з лапаротомною холецистектомією у хворих на КХ.

**Матеріал і методи.** Нами проведені клінічні дослідження 53 хворих, яким була виконана холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холециститу без жовтяниці. У 20 хворих (група А) холецистектомія проводилася лапаротомним методом. Використовувався верхньо-середній доступ. У 33 хворих (група В) виконана лапароскопічна холецистектомія.

За статтю хворі розподілялись таким чином: у групі А чоловіків – 3, жінок – 17, у групі В чоловіків – 2, жінок – 31. Хворим проведені клінічні та лабораторні методи обстежень. Всім хворим проводилось ультразвукографічне дослідження в передопераційному періоді, при якому у всіх хворих була виявлена ознаки наявності конкрементів.

Статистична обробка отриманих даних проведена на PC Pentium I за допомогою "Excel-7" (Microsoft office, США) та за допомогою програми "Primer of Biostatistics" (США). Значення "р" наведені лише для достовірних ( $p=0,05$  або менше) різниць показників, що вивчалися в дослідженні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При вивченні показників, що характеризують функціональний стан печінки у хворих на КХ групи А та групи В у доопераційному періоді виявлені подібні зміни за своїм характером та глибиною ураження, що вказує на однорідність цих груп.

На третю добу після оперативного втручання показники функціонального стану печінки у пацієнтів групи А дещо відрізнялися від показників хворих групи В. Рівень загального білірубину в осіб групи В склав  $16,14 \pm 0,29$  мкмоль/л і вірогідно був меншим, ніж в осіб групи А –  $18,05 \pm 0,88$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), за рахунок відповідного зменшення концентрації в плазмі крові непрямого білірубину. У групі В рівень загального і непрямого білірубину залишався вірогідно вищим за контрольні дані.

Про зменшення проявів цитолітичного синдрому свідчило вірогідне зниження в групі хворих В, щодо показників групи А, активності аспаратамінотрансферази –  $0,31 \pm 0,02$  мкмоль/год/л ( $p < 0,002$ ), аланінамінотрансферази –  $0,42 \pm 0,02$  мкмоль/год/л; ( $p < 0,001$ ) та лужної фосфатази  $2,04 \pm 0,04$  мкмоль/с.л; ( $p < 0,001$ ), які, однак, залишались на 3 добу після операції вірогідно вищими за контроль. Активність лактатдегідрогенази у хворих на КХ обох груп була майже однаковою –  $214,35 \pm 21,69$  од/л і  $194,50 \pm 21,15$  од/л і вірогідно більшою за контрольні дані ( $p < 0,001$ ).

Вірогідне збільшення вмісту холестерину –  $3,51 \pm 0,05$  ммоль/л і фібриногену  $3,91 \pm 0,04$  г/л в плазмі крові ( $p < 0,001$ ) було показником більш швидкого відновлення білоксинтезувальної функції печінки у хворих на КХ, що перенесли лапароскопічну холецистектомію. В той же час вірогідне зниження вмісту відновленого глутатіону відносно контрольних даних  $0,77 \pm 0,02$  ммоль/л і  $0,69 \pm 0,03$  ммоль/л в групах А та В відповідно ( $p < 0,001$ ) свідчило про достатньо високу напругу антиоксидантних резервів організму.

Отже, у хворих на КХ після лапароскопічних холецистектомій спостерігається покращення функціонального стану печінки, зменшення ураження гепатоцитів та відновлення печінкових функцій, чого не спостерігається в групі хворих А.

При вивченні функціонального стану нирок за умов спонтанного нічного діурезу в доопераційному періоді встановлено, що вірогідної різниці у хворих групи А та В не було. При дослідженні процесів ниркового транспорту натрію на третю добу післяопераційного періоду спостерігалось значне покращення ниркової функції у хворих групи В. Так, екскреція натрію становила  $0,68 \pm 0,01$  ммоль/12 год; ( $p < 0,001$ ), фільтраційний заряд натрію –  $27,57 \pm 1,17$  ммоль/хв; ( $p < 0,001$ ) та абсолютна реабсорбція цього катіону –  $27,49 \pm 1,17$  ммоль/хв ( $p < 0,001$ ). Зменшення концентраційного індексу натрію в групі В свідчило про нормалізацію каналцевого транспорту іонів натрію. В той же час відносна реабсорбція натрію у хворих на КХ обох груп залишалася вірогідно меншою за контрольні дані –  $99,28 \pm 0,02$  % в групі А ( $p < 0,001$ ) і  $99,70 \pm 0,01$  % в групі В ( $p < 0,001$ ).

У доопераційному періоді у хворих на КХ обох груп виникли зміни коагуляційного потенціалу крові. У ранньому післяопераційному періоді в осіб групи В сумарна фібринолітична активність складала  $9,64 \pm 1,38$  Е440/мл/год і була вірогідно меншою за показники групи А ( $p < 0,01$ ), при значному зменшенні неферментативної фібринолітичної активності в групі В. Проте сумарна і неферментативна фібринолітична активність плазми крові хворих групи В вірогідно відрізнялась від контролю. Нормалізація процесів фібринолізу супроводжувалася вірогідним зменшенням продуктів деградації фібрину в групі В –  $2,76 \pm 0,68$  мкг/мл у хворих на гострий холецистит ( $p < 0,001$ ),  $1,31 \pm 0,41$  мкг/мл у хворих на хронічний холецистит ( $p < 0,001$ ), по відношенню до показників групи А. Про нормалізацію процесів гемокоагуляції на третю добу післяопераційного періоду в групі В свідчило значне зменшення вмісту в плазмі крові розчинних комплексів фібрин-мономера. Не зважаючи на суттєве покращання процесів гемокоагуляції у хворих групи В, вміст розчинних комплексів фібрин-мономера, продуктів деградації фібрину та індексу спонтанної агрегації тромбоцитів залишались вірогідно більшими за контроль.

#### **Висновки.**

1. Після виконання лапаротомної холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу відмічається суттєве погіршення показників функціонального стану печінки, нирок та системи регуляції агрегатного стану крові.

2. У хворих на КХ, що перенесли лапароскопічну холецистектомію, на третю добу після операції відмічається позитивна динаміка змін показників функціонального стану печінки, нирок та системи регуляції агрегатного стану крові, однак, навіть за умов виконання лапароскопічної холецистектомії не спостерігається повного відновлення зазначених змін.

**Література.** 1. *Бабьшин В.В., Зезин В.П.* Холецистэктомия из минилапаротомного доступа // Хирургия. – 1998. – №12. – С.28-29. 2. *Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П.* Печеночно-пузырные желчные ходы при лапароскопической холецистэктомии // Казан. мед. журн. – 1994. – №2. – С.97-98. 3. *Ермолов А.С., Жирахович И.А., Норман И.М.* Эндоскопические методы в диагностике и лечении механической желтухи неопухолевого генеза // Хирургия. – 1987. – №7. – С.58-62. 4. *Касумьян С.А., Новиков Ю.Г., Варчук О.Д.* Холецистэктомия с применением плазменного скальпеля // Хирургия. – 1997. – №9. – С.30-32. 5. *Русин В.И., Шницер Р.И., Переста Ю.Ю.* Усладнення як наслідок виконання лапароскопічної холецистектомії // Клін. хірургія. – 1996. – №8. – С.46-47. 6. *Скомаровский А.Ц., Малиновский Ю.Ф., Скомаровский А.А.* Выполнение холецистэктомии с применением минимального доступа // Клін. хірургія. – 1997. – №7-8. – С.104-105. 7. *Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В.* Лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия с использованием минимального доступа в лечении патологии желчного пузыря // Харьк. мед. журн. – 1995. – №3-4. – С.34-35. 8. *Ericksson R.A., Carlsson B.* The Role of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Patients With Laparoscopic Cholecystectomies // Gastroenterology. – 1995. – V.109, №1. – P.252-263. 9. *Huguier M., Rostoucher P., Houny S.* Cholecystectomy: the cost of surgery // Ann. Surg. – 1991. – Vol. 45. – P.17-21.

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LAPAROSCOPE AND LAPAROTOMIC CHOLECYSTECTOMY OF DISEASED WHO SUFFER CALCULOUS CHOLECYSTITIS

*D.B.Dombrovsky*

**Abstract.** People who suffer from calculous cholecystitis have violated functional condition of liver, kidneys and the system of regulation of blood condition. In post-operation period when performing laparotomic cholecystectomy the waste of those bodies and systems function is observed. Due to performance of laparoscope cholecystectomy those changes are less expressive, however, different from normal data.

**Key words:** calculous cholecystitis, cholecystectomy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 8.02.2002 року*