

УДК 616.366-003.7-08

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ<sup>1</sup>, М.М. САХИПОВ<sup>2</sup>, Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ<sup>2</sup>,  
А.А. АСТАЙ<sup>2</sup>, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА<sup>1</sup>, А.Б. ЕРСЕЙТ<sup>1</sup>, Д.Ш. ЮСУПОВ<sup>1</sup>, А.К. ОМАРОВА<sup>1</sup>,  
Н.Ж. ЕРЖИГИТОВ<sup>1</sup>, М. АРИХАН<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №7, г. Алматы

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ



Кыжыров Ж.Н.

С широким внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии тактические подходы в лечении желчнокаменной болезни, в том числе осложненных ее форм, значительно изменились.

**Цель исследования.** Сравнительная оценка непосредственных и ближайших результатов традиционного хирургического и лапароскопического способов лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

**Материал и методы.** С ноября 2012 по апрель 2016 годов в Городской клинической больнице №7 произведено 595 операций пациентам с различными формами желчнокаменной болезни.

**Результаты и обсуждение.** 526 (88,4%) операций выполнены по поводу хронического калькулезного холецистита, 18 (3,0%) – при остром калькулезном холецистите. У 28 (4,7%) пациентов был диагностирован холедохолитиаз. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – 85 (14,3%) пациентов, оперированных традиционным «открытым» способом с выполнением холедохолитомии, 2-я – 510 (85,7%) пациентов, которым коррекция холецистохоледохолитиаза была выполнена с применением эндоскопических методик.

**Вывод.** Новые миниинвазивные технологии и рациональные подходы в лечении больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, улучшают результаты лечения и сокращают период пребывания пациентов в стационаре.

**Ключевые слова:** сравнительная оценка, метод, острый и хронический холецистит, лечение, эндоскопия, лапароскопия, холедохолитиаз, осложнения, миниинвазивные.

В настоящее время острый холецистит занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний после острого панкреатита и острого аппендицита [1, 2, 5, 7]. Несмотря на совершенствование алгоритма обследования, методов диагностики, тактики лечения, заметное улучшение результатов лечения, летальность при традиционных «открытых» методах хирургического лечения острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах, а в случае осложненных ее форм в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой достигает 7 – 13% и более [2, 4, 6, 8]. С широким внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) тактические подходы в лечении желчнокаменной болезни, в том числе осложненных ее форм, значительно изменились. Внедрение ЛХЭ и операций «малых доступов» в сочетании с эндоскопической экстракцией конкрементов из желчных протоков позволило значительно снизить уровень осложнений и летальных исходов [3, 6, 8]. Тем не менее в значительном числе наблюдений используется традиционный «открытый» способ операции.

Целью нашего исследования явилась сравнительная

оценка непосредственных и ближайших результатов традиционного хирургического и лапароскопического способов лечения пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С ноября 2012 по апрель 2016 годов в Городской клинической больнице №7 произведено 595 операций пациентам с различными формами желчнокаменной болезни. 526 (88,4%) операций выполнены по поводу хронического калькулезного холецистита, 18 (3,0%) – при остром калькулезном холецистите. У 28 (4,7%) пациентов был диагностирован холедохолитиаз (табл. 1). Среди них мужчин оказалось 163 (27,4%), женщин – 432 (72,6%). Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-я – 85 (14,3%) пациентов, оперированных традиционным «открытым» способом с выполнением холедохолитомии: 2-я – 510 (85,7%) пациентов, у которых коррекция холецистохоледохолитиаза была выполнена с применением эндоскопических методик.

Всем пациентам при поступлении выполняли УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, внутри- и внепеченочных протоков. Проводили биохимический

**Контакты:** Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и резидентуры КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

**Contacts:** Zhanbai Naltaixanovich Kyzhyrov, MD, professor, head of the department of surgery and residency of department of surgery and residency of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph.: + 7 701 780 20 98, e-mail: zhanbai.k@mail.ru

Таблица 1 – Различные формы желчнокаменной болезни

| № п/п | Формы желчнокаменной болезни         | Количество больных | %    |
|-------|--------------------------------------|--------------------|------|
| 1     | Хронический калькулезный холецистит  | 526                | 88,4 |
| 2     | Холедохолитиаз                       | 28                 | 4,7  |
| 3     | Синдром Мирризи                      | 9                  | 1,5  |
| 4     | Стеноз терминального отдела холедоха | 14                 | 2,4  |
| 5     | Острый калькулезный холецистит       | 18                 | 3,0  |
|       | Всего                                | 595                | 100  |

анализ крови, оценивали уровень билирубина, его фракций, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТФ. Показанием к выполнению эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ), интраоперационной холангиографии (ИОХГ) считали сочетание нескольких следующих критериев: расширение внутреннего диаметра общего желчного протока (ОЖП) более 0,7 см, эхопозитивные структуры ОЖП, предшествующая и существующая механическая желтуха, повышение биохимических показателей холестаза, острый панкреатит.

В случае диагностирования холедохолитиаза во время ЭРПХГ всем пациентам производили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) по стандартной методике канюляционными или игольчатыми папиллотомиями. Всем пациентам после ЭПСТ назначали превентивную терапию послеоперационного панкреатита, гемостатическую терапию. Пациентам с явлениями холангита устанавливали назобилиарный дренаж, проводили фракционное чрездренажное промывание ОЖП антибиотиками, ЛХЭ и «открытую» холецистэктомию производили по стандартной методике «холецистэктомия от шейки».

Всем пациентам перед операцией выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с обязательным осмотром области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). В случаях, когда при дооперационной ЭГДС выявлялось наличие перипапиллярных дивертикулов или интрадивертикулярное расположение БСДК, т.е. в ситуациях, когда возможность ЭПСТ представляла значительные технические трудности и высокий риск неудачи и развития осложнений, мы считали показанным выполнение интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ИЭПСТ) с литоэкстракцией. Перед ИЭПСТ производили холангиографию через пузырный проток. ИЭПСТ производили как перед, так и после удаления желчного пузыря и эвакуации CO<sub>2</sub> из брюшной полости. Для облегчения канюляции БСДК использовали два приема: антеградное проведение катетера в двенадцатиперстную кишку и антеградную ирригацию физиологического раствора через дренаж ОЖП. После канюляции выполняли ЭПСТ и эндоскопическую ретроградную литоэкстракцию, в случаях невозможности канюляции БСДК производили антеградную холангиографию через катетер в культю пузырного протока. При

Таблица 2 – Виды операций

| № п/п | Виды операций                     | Количество больных | %    |
|-------|-----------------------------------|--------------------|------|
| 1     | Лапароскопическая холецистэктомия | 491                | 82,5 |
| 2     | Лапаротомия                       | 85                 | 14,3 |
| 3     | ЭРХПГ, ЭПСТ                       | 19                 | 3,2  |
|       | Всего                             | 595                | 100  |

явлениях острого панкреатита операцию заканчивали дренированием ОЖП через культю пузырного протока. Во всех наблюдениях дренировали подпеченочное пространство.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

«Открытым» способом было оперировано 85 пациентов 1-й группы, выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия с холедохолитиазом, дренирование ОЖП по Пиковскому с холангитом (табл. 2).

Резидуальные конкременты при контрольной фистулографии, выполненной в послеоперационном периоде, обнаружены у 3 (3,5%) пациентов, что потребовало выполнения послеоперационной ЭПСТ с литоэкстракцией. 6 пациентам выполнены послеоперационные ЭРПХГ, ЭПСТ, литоэкстракция. У одного пациента послеоперационная ЭРПХГ, ЭПСТ окончились неудачей из-за возникновения технических трудностей вследствие интрадивертикулярного расположения БСДК и стеноза терминального отдела ОЖП, не диагностированного во время операции. У 3 пациентов в послеоперационном периоде отмечен резидуальный холедохолитиаз, вероятно, вследствие неправильной интерпретации интраоперационных рентгенологических данных, что потребовало повторной эндоскопической литоэкстракции в послеоперационном периоде. Продолжительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 16,4 койко-дня.

После ЭРПХГ, ЭПСТ у 7 пациентов отмечен реактивный панкреатит, который купировался консервативно. Других осложнений и летальности в этой группе не было.

Во 2-й группе с применением миниинвазивных хирургических технологий 19 пациентам в 1–3-и сутки после поступления выполнены предоперационная ЭРПХГ, ЭПСТ, литоэкстракция из ОЖП. После восстановления пассажа желчи отмечались снижение остроты воспалительного процесса, купирование болевого синдрома, уменьшение интенсивности желтухи, а также положительная динамика анализов крови. Через 5–7 суток в контрольном биохимическом анализе крови отмечалось значительное снижение уровня билирубина, что служило показанием к началу выполнения второго этапа – лапароскопической холецистэктомии.

В этой группе 3 пациентам выполнены первым этапом ЛХЭ, дренирование ОЖП по Пиковскому, вторым этапом – ЭРПХГ, ЭПСТ в послеоперационном периоде. Выбор данной тактики лечения обусловлен превалированием клинической картины деструктивного холецистита, что проявлялось признаками интоксикации и подтверждалось

данными УЗИ (ультразвуковые признаки деструкции: утолщение стенок желчного пузыря, «двойной» контур стенок желчного пузыря, понижение эхогенности перипузырной клетчатки). В этой группе особенно большое значение имеет предоперационный осмотр зоны БСДК для оценки возможности проведения ЭРПХГ и ЭПСТ в послеоперационном периоде.

Одномоментная коррекция холецистохоледохолитиаза выполнена 19 пациентам данной группы. Во всех наблюдениях литоэкстракция произведена полностью. В 2 наблюдениях ЭПСТ производилась игольчатым папиллотомом из-за невозможности канюляции БСДК вследствие стеноза терминального отдела ОЖП. Среднее время ИЭПСТ составило 44 мин, что соизмеримо с ЭПСТ в обычных условиях.

Летальных исходов в этой группе не отмечено. Зарегистрировано 1 (2%) осложнение. В послеоперационном периоде у 6 пациентов отмечалась транзиторная амилаземия с клиникой реактивного панкреатита, которая купировалась в течение 1–3 суток консервативно. Развития острого панкреатита не отмечалось.

Диагностический алгоритм, включающий экстренное УЗИ, клинические и биохимические анализы крови, эзофагогастродуоденоскопию с прицельным осмотром и оценкой области БСДК в дооперационном периоде, позволяет в кратчайшие сроки установить точный диагноз, определить показания к проведению ЭРПХГ или ИОХГ и выработать оптимальную тактику лечения. Следует акцентировать внимание на проведении предоперационной ЭГДС как обязательной процедуры, определяющей дальнейшую тактику ведения пациента. В зарубежной и отечественной литературе появились публикации о применении компьютерной холангиографии, магнитно-резонансной холангиографии, эндоскопической ультрасонографии как альтернативной стратегии неинвазивной визуализации изменений билиарного тракта [7]. В нашем исследовании мы выполнили магнитно-резонансную холангиографию 9 пациентам с подозрением на патологические изменения желчевыводящих путей. Чувствительность и специфичность данного метода составили соответственно 100% и 100%. Мы считаем, что широкое внедрение магнитно-резонансной холангиографии позволит сократить число ненужных ЭРПХГ и таким образом снизить уровень послеоперационных осложнений. Однако, несмотря на хорошие результаты, эти методы обследования не всегда могут быть включены в перечень обязательных из-за высокой стоимости исследований и оборудования, а также сложности их использования в экстренных ситуациях [12]. В связи с этим предоперационное эндоскопическое изучение состояния зоны БСЯК является довольно простым и доступным методом, позволяющим в достаточной степени оценить техническую возможность выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией в до-, интра- и послеоперационном периоде.

Широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии в клиническую практику привело к пересмотру тактических подходов в лечении пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом [5]. На сегодняшний день в лечении таких больных с

осложнениями холедохолитиазом применяются сочетание лапароскопической холецистэктомии с до или после операционной ЭПСТ с санацией желчных путей; ЛХЭ с транспузырным удалением конкрементов; ЛХЭ с лапароскопической холедохолитотомией.

ЭРПХГ с ЭПСТ и санацией желчных протоков с последующим выполнением ЛХЭ является исторически первой, наиболее распространенной и оптимальной тактической схемой лечения холецистохоледохолитиаза, поскольку позволяет не только устранить холедохолитиаз, но и точно установить заболевание и анатомические варианты развития желчевыводящей системы в дооперационном периоде. Среди отечественных и зарубежных специалистов данная двухэтапная тактика лечения зарекомендовала себя как метод выбора лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом [3, 6]. Мы также придерживаемся того мнения и считаем показанной данную тактику лечения как при хроническом холецистите, осложненном холедохолитиазом, так и при остром калькулезном холецистите без признаков деструкции стенки желчного пузыря.

Основное преимущество такой тактики в том, что она позволяет на первом этапе выполнить декомпрессию и санацию желчных путей, устранить один из основных патологических механизмов развития воспаления желчного пузыря. Анализируя динамику клинических и биохимических показателей крови пациентов, которым выполнен первый этап – ЭРПХГ, ЭПСТ, восстановление пассажа желчи, мы пришли к выводу, что “нормализация” показателей (снижение уровня лейкоцитов, уменьшение количества нейтрофилов и палочкоядерного сдвига, падение уровня билирубина, щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ) наступает на 5-7-е сутки после операции. Таким образом, считаем целесообразным выполнять второй этап операции – ЛХЭ через 5-7 дней после ЭПСТ с литоэкстракцией.

При наличии холангита считаем необходимым выполнение папиллотомии и постановку назобилиарного зонда с забором желчи для определения патогенной флоры и чувствительности к антибиотикам. Последующее фракционное промывание зонда антибиотиками позволяет снять острый воспалительный процесс в течение 5-7 суток и подготовить больного к операции.

Однако нередко в клинической картине преобладают проявления острого холецистита. Высокоточное ультразвуковое оборудование позволяет адекватно оценить состояние стенки желчного пузыря, его размеры, состояние паравезикальной клетчатки. При наличии ультразвуковых признаков деструкции желчного пузыря, таких как утолщение, расслоение стенки пузыря, отсутствие регистрации кровотока на отдельных его участках, появление зон повышенной эхогенности в околопузырной клетчатке, в сочетании с высоким лейкоцитозом  $13-16 \cdot 10^9/\text{л}$ , сдвигом лейкоцитарной формулы влево, считаем показанным выполнение операции в экстренном и срочном порядке. Обязательно выполняем предоперационную гастродуоденоскопию с оценкой области БСДК. В подобных ситуациях первым этапом выполняется ЛХЭ с интраоперационной холангиографией, при которой определяются диаметры желчных про-

токов, размеры и локализация конкрементов, наличие и протяженность стриктуры ОЖП.

Пациентам с наличием парапапиллярных дивертикулов интрадивертикулярным расположением БСДК (при дооперационном обследовании), а так же с обнаруженными во время ИОХГ «вколоченными» конкрементами или непродленной стриктурой терминального отдела ОЖП считаем показанным выполнение ИЭПСТ с санацией желчных протоков.

Пациентам с деструктивным холециститом по данным УЗИ и клинической картиной распространенного перитонита выполняли открытую холецистэктомию, ИОХГ, холедохолитотомию. Однако, учитывая тяжесть их состояния, а также риск расширения объема операции в условиях перитонита и инфильтрации печеночно-двенадцатиперстной связки, мы не всегда стремились выполнить одномоментную коррекцию холецистохоледохолитиаза у этих пациентов. В 10 наблюдениях операцию ограничили холецистэктомией с дренированием ОЖП по Пиковскому. В послеоперационном периоде вторым этапом выполняли ЭРПХГ, ЭПСТ, литоэкстракцию. Мы считаем, что в условиях перитонита, холангита, воспалительной инфильтрации печеночно-двенадцатиперстной связки при общем тяжелом состоянии больных, обусловленном интоксикацией и сопутствующими заболеваниями, такая тактика позволяет уменьшить продолжительность и травматичность операции, снизить риск развития тяжелых осложнений и летальность в послеоперационном периоде.

## ВЫВОДЫ

В заключение необходимо отметить, что новые миниинвазивные технологии и рациональные подходы в лечении больных острым и хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, улучшают результаты лечения и сокращают период пребывания пациентов в стационаре. Показывает возможности современных лапароскопических и эндоскопических инструментальных технологий, которые расширяют арсенал тактики лечения тяжелой группы пациентов с желчнокаменной болезнью.

## Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

## Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анархисс, 2004. – 199 с.
- 2 Балалыкин А.С., Щеголев А.А., Гвоздик В.В., Мучуров Х.С. Об анатомии терминального отдела общего желчного протока и ее клиническом значении // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004. – №1. – С. 25-26
- 3 Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Янголенко Я.В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №10. – С. 42-46
- 4 Глушков Н.И., Мосягин В.Б., Верховский В.С., Сафин М.Г., Скородумов А.В., Гурина А.В. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №10. – С. 53-58
- 5 Harju J., Juvonen P., Eskelinen M. et al. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity // Nat Clin Plast Gastroenterol Hepatol. – 2006. – Vol. 3(12). – P. 662-663
- 6 Bablekos G.D., Michaelides S.A., Roussou T., Charalabopoulos R.A. Changes in breathing control and mechanics after laparoscopic vs open cholecystectomy // Arch Surg. – 2006. – Vol. 141. – P. 16-22
- 7 Keus F., Werner J.E.M., Gooszen H.G. et al. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis Primary and Clinical Outcomes // Arch Surg. – 2008. – Vol. 143. – N. 4. – P. 371-377
- 8 Mabry C.D. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis: Primary and Clinical Outcomes-Invited Critique // Arch Surg. – 2008. – Vol. 143. – N. 4. – P. 377-378

## REFERENCES

- 1 Ilchenko A.A. Zhelchnokamennaya bolezнь [Cholelithiasis]. Moscow: Anarchiss; 2004. P. 199
- 2 Balalykin AS, Shchegolev AA, Gvozdk VV, Mutsurov HS. On the anatomy of the terminal part of the common bile duct and its clinical significance. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2004;1:25-6 (In Russ.)
- 3 Nazarenko PM, Nazarenko DP, Tarasov ON, Yangolenko YV. Ways to improve the effectiveness of endoscopic treatment of acute cholecystitis and its complications. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal of them. NI Pirogov*. 2010;10:42-6 (In Russ.)
- 4 Glushkov NI, Masyagin VB, Verkhovskii VM, Safin MG, Skorodumov AV, Gurina AV. Minimally invasive interventions in the treatment of gallstone disease in patients with middle and old age. *Hirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal of them. NI Pirogov*. 2010;10:53-8 (In Russ.)
- 5 Harju J, Juvonen P, Eskelinen M. et al. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity. *Nat Clin Plast Gastroenterol Hepatol*. 2006;3(12):662-3
- 6 Bablekos GD, Michaelides SA, Roussou T, Charalabopoulos RA. Changes in breathing control and mechanics after laparoscopic vs open cholecystectomy. *Arch Surg*. 2006;141:16-22
- 7 Keus F, Werner JEM, Gooszen HG. et al. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis Primary and Clinical Outcomes. *Arch Surg*. 2008;143(4):371-7



8 Mabry CD. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis: Primary and Clinical Outcomes-Invited Critique. *Arch Surg.* 2008;143(4):377-8

#### ТҰЖЫРЫМ

Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ<sup>1</sup>, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ<sup>1</sup>, М.М. САХИПОВ<sup>2</sup>,  
Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ<sup>2</sup>, А.А. АСТАЙ<sup>2</sup>, Ж.Е. БЕЙСЕЕВА<sup>1</sup>,  
А.Б. ЕРСЕЙТ<sup>1</sup>, Д.Ш. ЮСУПОВ<sup>1</sup>, А.К. ОМАРОВА<sup>1</sup>,  
Н.Ж. ЕРЖИГТОВ<sup>1</sup>, М. ӘРІХАН<sup>1</sup>

<sup>1</sup>С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.,

<sup>2</sup>№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

#### ӨТ ТАС АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Лапароскопиялық холецистэктомияны клиникалық тәжірибеге кеңінен енгізу өт тас ауруын емдеудің іс-қимыл амалын, соның ішінде оның асқынған түрлерін айтарлықтай өзгертті.

**Зерттеудің мақсаты.** Өт жолының тасы мен асқынған жел-дел өт тас ауруымен ауырған науқастарға жасалған дәстүрлі хирургиялық және лапароскопиялық әдіспен емдеудің тура және таяу нәтижелерін салыстырмалы бағалау.

**Зерттеу нысаны және әдістері.** 2012 жылдың қараша айынан бастап 2016 жылдың сәуір айына дейін №7 қалалық клиникалық ауруханасында өт тас ауруының әр түрімен ауыратын 595 науқасқа ота жасалған.

**Нәтижелері және талқылауы.** 526 (88,4%) ота сақталмалы өт тас ауруының қабынуына жасалған, 18 (3,0%)-жіті өт тас ауруының қабынуы кезінде. 28 (4,7%) науқастарда өт жолының тастары ауруы қойылды. Барлық науқастар 2 топқа бөлінді: бірінші – 85 (14,3%) науқаста, өт жолының тастары болғандықтан дәстүрлі «ашық» әдіс бойынша жасалған, екінші – 510 (85,7%) науқасқа, өт жолының тасын эндоскопиялық әдісті пайдалана отырып түзету жүргізілді.

**Қорытынды.** Жаңа шағын ішке ену технологиялары мен өт жолының тастары ауруымен асқынған сақталмалы өт тас ауруының қабынуымен ауырған науқастарды емдеу үшін оңтайлы тәсілдер емдеу нәтижелерін жақсартады және ауруханада болу мерзімін қысқартады.

**Негізгі сөздер:** салыстырмалы бағалау әдісі, жіті және сақталмалы холецистит, емдеу, эндоскопия, лапароскопия, өт жолының тастары, асқынулар, аз ішке ену.

#### SUMMARY

Zh.N. KYZHYROV<sup>1</sup>, E.B. AYAPBERGENOVA<sup>1</sup>, M.M. SAHIPOV<sup>2</sup>,  
N.N. BIRZHANBEKOV<sup>2</sup>, A.A. ASTAI<sup>2</sup>, Zh.E. BEISEYEVA<sup>1</sup>,  
A.B. ERSEYT<sup>1</sup>, D.Sh. YUSUPOV<sup>1</sup>, A.K. OMAROVA<sup>1</sup>,  
N.Zh. ERZHIGITOV<sup>1</sup>, M. ARIKHAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kazakh national medical university n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.,

<sup>2</sup>City Clinical Hospital №7, Almaty c.

#### COMPARATIVE EVALUATION OF METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

With the widespread introduction into clinical practice of laparoscopic cholecystectomy tactical approaches in the treatment of gallstone disease, including its complicated forms, have changed significantly.

**Purpose of the study.** Comparative evaluation of the direct and immediate results of conventional surgical and laparoscopic treatments for patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis.

**Material and methods.** From November 2012 to April 2016 in the City Clinical Hospital №7 operations produced 595 patients with various forms of cholelithiasis.

**Results and discussion.** 526 (88,4%) operations performed for chronic calculous cholecystitis, 18 (3,0%) – in acute calculous cholecystitis. In 28 (4,7%) patients were diagnosed with choledocholithiasis. All patients were divided into 2 groups: the first – 85 (14,3%) patients operated on conventional “open” method to the implementation choledocholithotomy, the second – 2nd – 510 (85,7%) patients who choledocholithotomy correction was performed using endoscopic techniques.

**Conclusions.** New minimally invasive technology and rational approaches to the treatment of patients with chronic calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis, improve treatment outcomes and reduce the period of hospital stay.

**Key words:** comparative evaluation method, acute and chronic cholecystitis, treatment, endoscopy, laparoscopy, choledocholithiasis, complications, minimally invasive.

Для ссылки: Кыжыров Ж.Н., Аяпбергенов Е.Б., Сахипов М.М., Биржанбеков Н.Н., Астай А.А., Бейсеева Ж.Е., Ерсейт А.Б., Юсупов Д.Ш., Омарова А.К., Ержигитов Н.Ж., Арихан М. Сравнительная оценка методов лечения больных с желчнокаменной болезнью // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 8 (170). – Р. 17-21

Статья поступила в редакцию 04.07.2016 г.

Статья принята в печать 25.07.2016 г.