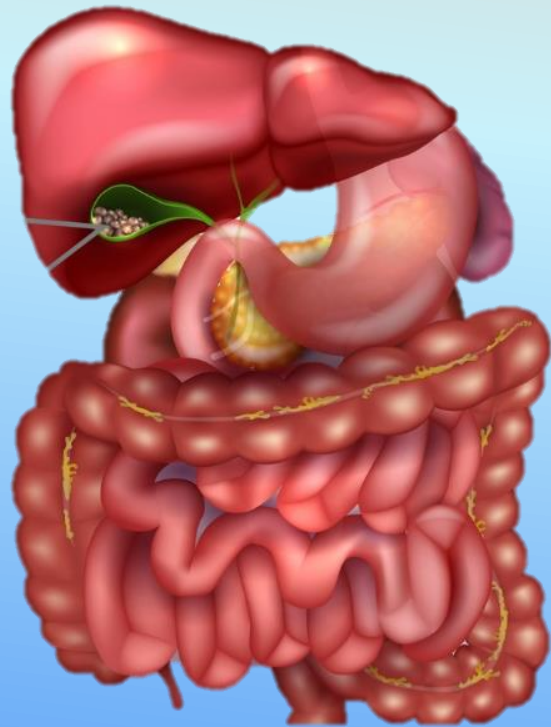


# **ХОЛЕЦИСТОЛИТОМИЯ. ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ, ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ.**



**Подготовила:**

**операционная медицинская сестра  
ЛДК «МедГард»**

**Мигунова Светлана Анатольевна**



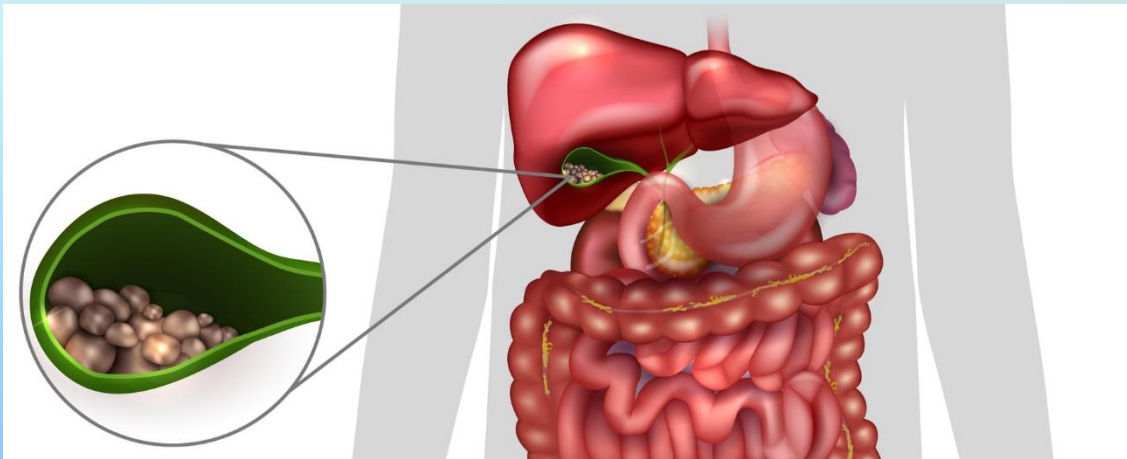
 **МЕДГАРД**  
СЕТЬ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ КЛИНИК

## **ВАШЕ ЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

профессионально, честно, бережно и добросердечно

# ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

(также ЖКБ, холелитиаз) – образовано от др.-греч. χολή – жёлчь и λίθος – камень.  
Это образование камней (конкрементов) в желчном пузыре, желчных протоках.



Об актуальности проблемы ЖКБ свидетельствуют:

- рост числа осложнённых форм ЖКБ у лиц с повышенным операционным и анестезиологическим риском;
- многоплановость хирургической тактики;
- результаты лечения осложнённых форм ЖКБ, не удовлетворяющие хирургов;
- споры хирургов о тактике лечения осложнённых форм ЖКБ;
- разноречивость взглядов и вместе с тем большая практическая значимость проблемы миниинвазивных технологий.

# ИСТОРИЯ ВОПРОСА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖКБ

- ▶ **Ибн-Сина (980-1037 гг.)** впервые отнёс ЖКБ к хирургическим заболеваниям.
- ▶ **1735 г. J.L. Petit** доложил Королевской Академии в Париже о трех холецистостомиях, одна из которых завершилась благополучно.
- ▶ **1882 г. Лангенбух** выполнил первую плановую холецистэктомию.
- ▶ **1889 г. профессор Ю.Ф. Косинский** первый в России выполняет холецистэктомию.
- ▶ **1895 г. А.Ф. Каблуков** в Симферополе выполнил холецистэктомию по поводу осложненного холецистита.
- ▶ **1934 г. С.П. Федоров** пишет в своей книге «Холецистостомию делают теперь почти исключительно у очень слабых людей, как более легкую и менее продолжительную операцию, чем -эктомия».
- ▶ **1987 г. Ph. Mouret** в Лионе впервые выполнил лапароскопическую холецистэктомию.



Хирургическое лечение острого холецистита имеет тенденцию к переходу от больших разрезов к малым, и дальнейшему развитию малоинвазивных технологий.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАЦИЙ ИЗ МЛД ПО СРАВНЕНИЮ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ:

- 1. Возможна ревизия желчных путей визуально и пальпаторно.
- 2. При необходимости возможно ушивание ложа желчного пузыря.
- 3. Более быстрый переход (конверсия) на традиционную лапаротомию.
- 4. Объективно меньше риск повреждения общего желчного протока.
- 5. Отсутствие напряжённого карбоксиперитонеума.
- 6. Возможность проведения операции под эпидуральной анестезией.
- 7. Возможность оперативного лечения пациентов с высокими операционными и анестезиологическими рисками.
- 8. Низкая стоимость инструментов, возможность быстрого обучения медицинского персонала.



**Для МЛД используется набор инструментов «Мини-ассистент», включающий кольцо, осветитель, расширительные зеркала, а также специальной формы инструменты.**

# ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ

**Холецистолитотомия** – это удаление камней с сохранением желчного пузыря.

Условия для назначения операции:

- Бессимптомное или неосложненное течение ЖКБ.
- 1-5 камней, размером до 3 см.
- Толщина стенки желчного пузыря не более 3мм.
- Отсутствие признаков острого воспаления стенки желчного пузыря.
- **Сохранение сократительной функции желчного пузыря(СФТ).**





# ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ



**КТ желчного  
пузыря**



**УЗИ желчного пузыря**

УЗИ с определением сократительной способности  
желчного пузыря;  
КТ желчного пузыря с определением плотности камней;  
ФГДС;

**Дополнительно:**

**Развернутое биохимическое исследование крови:**  
Общий билирубин,  
АЛАТ,  
АСАТ,  
ГГТ,  
Щелочная фосфатаза.

## С 2019 ЛДК МедГард Самара предлагает пациентам оперативное лечение ЖКБ с применением органосберегающих методик.

- ▶ 1 декабря 2019 г. проведена первая холецистолитотомия через мини доступ.
- ▶ 2020 г. – 6 холецистолитотомий (5 из их числа лапароскопическим доступом).
- ▶ 2021 г. – 91 пациент прошел оперативное лечение с сохранением желчного пузыря.
- ▶ Из общего числа 4 пациентам по показаниям произведен переход на холецистэктомию из мини доступа.
- ▶ За отчетный период осложнений не выявлено.



## **Преимущества операций малых доступов:**

- отсутствие большого послеоперационного рубца;
- снижение интенсивности болевых ощущений в послеоперационном периоде;
- отсутствие послеоперационного пареза кишечника;
- раннее восстановление физической активности и работоспособности;
- значительное снижение частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений;
- снижение сроков послеоперационного пребывания больных в стационаре;
- уменьшенная иммуносупрессия, особенно у иммунологически ослабленных пациентов;
- снижение риска образования спаек.

## **Лисин Евгений Геннадьевич**

заместитель Главного врача по  
стационару, хирург, врач высшей  
категории



## **Рыжкин Андрей Владимирович**

хирург, врач высшей категории



**ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ 8(846)260-76-76 доб.1**

Телефон отдела по работе с клиентами 8 (846) 260-24-25, по электронной почте: [petrova@medguard.ru](mailto:petrova@medguard.ru)  
[samara.medguard.ru](http://samara.medguard.ru)

**Спасибо**

**за**

**внимание**

