



International Science Group

ISG-KONF.COM

**XXII
INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC RESEARCH,
INNOVATION AND RESULTS"**

**Prague, Czech Republic
June 07 - 10, 2022**

ISBN 979-8-88680-832-2

DOI 10.46299/ISG.2022.1.22

MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC RESEARCH, INNOVATION AND RESULTS

Proceedings of the XXII International Scientific and Practical Conference

Prague, Czech Republic
June 07 – 10, 2022

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТРИВАЛОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТОЛІТОТОМІЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЧОТИРЬОХПОРТОВОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ВІД СТАТІ ХВОРИХ НА БЕЗСИМПТОМНИЙ ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗ

Сиволап Дмитро Віталійович,

канд. мед. наук.,
доцент кафедри факультетської хірургії,
Запорізький державний медичний університет

Все більшого поширення набуває лапароскопічна холецистолітотомія – органозберігаюча операція з видалення жовчних каменів і збереженням жовчного міхура [1]. В останні роки лапароскопічна холецистолітотомія стала надзвичайно популярною в Китаї, але наукові повідомлення з Америки та Європи дуже рідкі. Попри певні переваги лапароскопічної холецистолітотомії над лапароскопічною холецистектомією відомості щодо зіставності тривалості цих оперативних втручань суперечливі. Y. Zhang та співавтори вважають, що немає суттєвої різниці в часі виконання та витратах при порівнянні лапароскопічної холецистолітотомії та лапароскопічної холецистектомії ($p > 0,05$) [2]. Дані щодо залежності часу виконання цих операцій від статі пацієнтів взагалі відсутні.

Мета дослідження – провести аналіз тривалості лапароскопічної холецистолітотомії та чотирьохпортової холецистектомії від статі хворих на безсимптомний холецистолітіаз.

Матеріал та методи. Після підписання інформованої згоди в дослідження залучено 88 хворих на холецистолітіаз.

Критерії включення: особи обох статей, наявність холецистолітіазу з безсимптомним перебігом: вік від 18 років; кількість конкрементів у жовчному міхурі – не більше 3; розміри конкрементів – не менше 7 мм та не більше 30 мм у діаметрі (за даними УЗД); відсутність операцій на органах гепатопанкреатобіліарної області в анамнезі; наявність інформованої згоди пацієнта на оперативне втручання.

Критерії виключення: наявність гострого холециститу (в анамнезі), гострого панкреатиту (в анамнезі), механічної жовтяниці (в анамнезі); кількість конкрементів – більше 3; розміри конкрементів – більше 30 мм та менше 7 мм у діаметрі (за даними УЗД); наявність спайкових злук у ділянці жовчного міхура та злукової деформації жовчного міхура, операції на органах гепато-панкреато-біліарної області (в анамнезі); декомпенсована функція органів кардіо-респіраторної системи, наявність онкологічних та системних захворювань.

До основної групи увійшло 33 пацієнти, яким виконано органозберігаючу операцію: лапароскопічну холецистолітотомію. Хворі основної групи були у

віці від 22 до 64 років, середній вік – $(46,8 \pm 12,7)$ роки, чоловіків 18 % ($n=6$), жінок 82 % ($n=27$). Групу порівняння було створено з 53 пацієнтів у віці від 22 до 75 років, середній вік – $(51,0 \pm 12,6)$ роки, чоловіків 34 % ($n=18$), жінок 66 % ($n=35$). Групи хворих були зіставні за віком ($p=0,105$) та статтю ($p=0,111$), за кількістю конкрементів у жовчному міхурі та морфологічними змінами його стінок, та відповідали вимогам до репрезентативної вибірки.

Оперативні втручання в групах виконувались під ендотрахеальним наркозом з використанням барбітуратів, нейролептаналгетиків та міорелаксантів. Для операції були використані стандартні інструментальні набори для лапароскопічної холецистектомії Richard Wolf (Німеччина) і Olympus (Японія), а також троакари фірми — Ethicon (США) та Karl Storz (Німеччина). Оперативні втручання в групах виконувались за французькою методикою Reddick-Olsen через 4 стандартні порти. При лапароскопічному способі холецистолітомії проводилась пункція та аспірація жовчі з жовчного міхура в області дна з подальшим розтином міхура в зоні пункції на довжину, що дорівнювала діаметру конкремента, визначеного за даними ультразвукового дослідження. Інтраопераційна ревізія порожнини міхура проводилась за допомогою фіброхоледоскопа, подальшим видаленням конкременту/конкрементів (літоекстракція). Порожнину міхура промивали фізіологічним розчином (0,9% NaCl). Розтин жовчного міхура ушивався безперервним швом атравматичною голкою з лігатурою, що розсмоктується («Вікрил» 2.0). Конкремент видалявся за допомогою ендоконтейнеру. Дренування черевної порожнини було обов'язковим (вводився дренаж у підпечінковий простір). При чотирьохпортовій лапароскопічній холецистектомії виділялись міхурові протока та артерія. Після кліпування міхурові протока та артерія пересікались. Субсерозно за допомогою монополярного діатермокоагулятора видалявся жовчний міхур від шийки.

Статистичну обробку матеріалу виконано за допомогою пакету програм Statistica 6.0. Гіпотеза щодо нормальності розподілу кількісних показників аналізувалась з використанням Shapiro-Wilk test. Показники кількісних ознак представлялись у вигляді середнього арифметичного (M) та стандартного відхилення (SD) за умов нормального розподілу або медіани (Me) та нижнього і верхнього квартилю ($Q_{25}; Q_{75}$) у разі розподілу, що відрізняється від нормального. Показники якісних ознак представлені у вигляді абсолютних та відносних частот. Відповідно до характеру розподілу різниця в групах за кількісними показниками визначалась методом параметричної статистики (за критерієм Стюдента), непараметричної статистики (за критеріями Wilcoxon, Mann-Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov two sample test, Wald-Wolfowitz run test); за якісними показниками – критерій χ^2 , Post-hoc аналіз. Статистична розбіжність показників визначалась на рівні $p < 0,05$, усі тести двосторонні.

Результати. Аналіз тривалості оперативних втручань виявив статистично достовірну різницю ($p=0,001$) в досліджуваних групах. Так, термін виконання лапароскопічної холецистолітомії ($61,06 \pm 13,27$) хв був вірогідно більший на 42,6 % відносно тривалості лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії ($42,83 \pm 16,97$) хв. Тривалість чотирьохпортової холецистектомії у чоловіків та жінок не мала вірогідної різниці ($p=0,104$),

проте тривалість операції в жінок була дещо меншою, відносно тривалості виконання операції у чоловіків. Тривалість лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії у чоловіків складала $(47,78 \pm 15,61)$ хв та $(40,29 \pm 15,34)$ хв у жінок.

Не встановлено залежності тривалості лапароскопічної холецистолітомії від статі ($p=0,116$). Але, у чоловіків тривалість лапароскопічної холецистолітомії була недостовірно коротшою, ніж у жінок – $(53,33 \pm 4,08)$ хв проти $(62,78 \pm 14,03)$ хв, відповідно. Порівняння тривалості лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії та лапароскопічної холецистолітомії у чоловіків виявило достовірне ($p=0,0495$) переважання тривалості виконання лапароскопічної холецистолітомії $(53,33 \pm 4,08)$ хв відносно тривалості чотирьохпортової холецистектомії $(47,78 \pm 15,61)$ хв. У жінок також тривалість лапароскопічної холецистолітомії вірогідно переважала ($p=0,001$) над тривалістю лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії $(62,78 \pm 14,03)$ хв проти $(40,29 \pm 15,34)$ хв, відповідно.

Висновки. Тривалість виконання чотирьохпортової холецистектомії у жінок була дещо меншою, проте вірогідних гендерних відмінностей тривалості цієї операції не встановлено ($p=0,104$). Не встановлено залежності від статі і тривалості лапароскопічної холецистолітомії ($p=0,116$).

Термін виконання лапароскопічної холецистолітомії на 42,6 % ($p=0,001$) більший, ніж час виконання лапароскопічної чотирьохпортової холецистектомії в цілому по групах, а також окремо у чоловіків ($p=0,0495$) та жінок ($p=0,001$).

Список літератури

1. Tan, Y. Y., Zhao, G., Wang, D., Wang, J. M., Tang, J. R., & Ji, Z. L. (2013). A new strategy of minimally invasive surgery for cholecystolithiasis: calculi removal and gallbladder preservation. *Digestive surgery*, 30(4-6), 466–471. <https://doi.org/10.1159/000357823>
2. Zhang, Y., Peng, J., Li, X., & Liao, M. (2016). Endoscopic-Laparoscopic Cholecystolithotomy in Treatment of Cholecystolithiasis Compared With Traditional Laparoscopic Cholecystectomy. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*, 26(5), 377–380. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000305>