

## ХИРУРШКО ЛЕЧЕЊЕ ОБОЉЕЊА ЖУЧНЕ КЕСЕ И БИЛИЈАРНИХ ПУТЕВА

Младеновић Ј.<sup>1,2</sup>, Виденовић Н.<sup>1,2</sup>, Перић Д.<sup>2</sup>, Лукић П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

<sup>2</sup>Ургентни хируршки центар "Симонида" Грачаница

<sup>3</sup>Здравствени центар Лесковац

## SURGICAL TREATMENT OF THE GALL BLADDER DISEASE AND THE BILIARY WAYS

Младеновић Ј.<sup>1,2</sup>, Виденовић Н.<sup>1,2</sup>, Перић Д.<sup>2</sup>, Лукић П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

<sup>2</sup>Emergency Surgical Centre "Simonida" - Gračanica

<sup>3</sup>Health Centre Leskovac

### SUMMARY

Biliary calculosis is the most frequent disease of the hepatobiliary system. Inflammation of the gall bladder appears in the acute and chronic form. Acute inflammation presents one of the frequent complications of the gall bladder calculosis. Acute inflammation of the gall bladder can appear in catarrhal, phlegmonous, gangrenous perforative form. Perforation of the inflamed changed gall bladder can lead to the diffuse biliary peritonitis, pericholecystitis and formation of pericholecystitis infiltrate or abscess. Very often the acute inflammation of the gall bladder appears in combination with Acute inflammation of the pancreas. For the production of the work the biyearly material of the Emergency Surgical Centre "Simonida" in Gračanica is used. In the ESC Simonida, in the period from January to December of 2004, 375 patients were operated. In the same period of time we operated 52 (13.86%) patients because of the gall bladder disease and biliary ways. There were 45 female patients and 7 male ones. Gall bladder disease is 6.5 times more frequent at females in our material. Hard security situation and limited freedom of movement are one of the most important reasons of patients' late report to the doctor, and appearance of the heavy forms of the inflammation of the gall bladder and biliary ways. The acute form of the inflammation of the gall bladder was noticed at 25 patients. The complications of the disease in the sense of cholecystopancreatitis, choledolithiasis, suppurating cholangiitis, choledolithiasis i cholecystoduodenal fistule were found at 27 patients. Postoperative complications were verified at 3 patients, wound infection at 2 patients and peritonitis at one patient after drawing out the T-drain.

**Key words:** Surgical treatment, Gall bladder, Biliary ways.

### САЖЕТАК

Билијарна калкулоза је најчешће обољење хепатобилијарног система. Запаљења жучне кесе се јављају у акутном и хроничном облику. Акутни холециститис представља једну од честих компликација калкулозе жучне кесе. Акутна упала жучне кесе може се јавити у катаралној, флегмонозној, гангренозној и перфоративној форми. Перфорација упално промењене жучне кесе може довести до дифузног билијарног перитонитиса, перихолециститиса и стварања перихолециститичног инфилтратата или апсцеса. Често се акутна упала жучне кесе јавља у комбинацији са акутном упалом панкреаса. За израду рада коришћен је једногодишњи материјал Ургентног хируршког центра „Симонида“ у Грачаници. У Ургентном хируршком центру „Симонида“ у периоду јануар децембар 2004. године, оперисана су 375 болесника. У истом периоду оперисали смо 52 (13,86%) болесника, због обољења жучне кесе и билијарних путева. Болесника женског пола било је 45 (86,54%), а мушког пола седам (13,46%). Обољења жучне кесе, на нашем материјалу, су 6,5 пута чешћа код особа женског пола. Тешка безбедносна ситуација и ограничена слобода кретања, један су од најбитнијих разлога, касно јављања болесника лекару и појави тежих форми запаљења жучне кесе и билијарних путева. Акутну форму запаљења жучне кесе забележили смо код 25 (48,08%) болесника. Компликације обољења у смислу перихолециститиса, холецистопанкреатитиса, холедохолитијазе, супуративног холангитиса и холецистодуоденалне фистуле са стенозирајућим папилитисом нашли смо код 27 (51,92%) болесника. Постоперативне компликације смо верификовали код три (5,76%) болесника. Инфекцију ране код два (3,84%) и код једног (1,92%) болесника присутни перитонитис после вађења Т-дрена.

**Кључеречи:** Хируршко лечење, Жучна кеса, Жучни путеви.

### УВОД

Билијарна калкулоза је најчешће обољење хепатобилијарног система. Најчешће је калкулоза локализована у жучној кеси, одакле калкулус кроз дуктус цистикус може ући у дуктус холедохус што представља

секундарну калкулозу жучних путева. Код примарне калкулозе билијарних путева калкулус примарно настаје у билијарним каналима.

За настанак билијарне калкулозе одговорна су три фактора:

- стаза жучи,
- дисхолија и
- инфекција.

Запаљења жучне кесе се јављају у акутном и хроничном облику.

Акутни холециститис представља једну од честих компликација калкулозе жучне кесе. Акалкулозни холециститис се јавља у око 5% случајева (Štulhofer). Типична билијарна колика настаје као резултат опструкције жучне кесе због заглављивања камена у лумену цистичног канала или Хартмановом цепоу. Пасирањем конкремента у холедохус или његовим враћањем у лумен жучне кесе билијарна колика престаје. Ако опструкција перзистира преко три сата настаје акутни холециститис.

Акутна упала жучне кесе може имати све анатомско морфолошке облике упале:

- катарално запаљење (cholecystitis acuta catarrhalis),
- флегмонозно запаљење (cholecystitis acuta phlegmonosa),
- гангренозно запаљење (cholecystitis acuta gangrenosa) и
- перфорација упално промењене жучне кесе (cholecystitis acuta perforativa).

Перфорација упално промењене жучне кесе може довести до дифузног билијарног перитонитиса и стварања перихолециститичног инфилтрата или апсцеса. често су акутне упале жучне кесе праћене појавом перихолециститиса а могу се јавити у комбинацији са акутном упалом панкреаса (cholecystopancreatitis acuta).

Код опструкције цистикуса и немогућности отицања жучи из жучне кесе у холедохус, уколико је жуч стерилна, развија се хидропс жучне кесе, а ако исти буде секундарно инфициран, онда настаје емпијем жучне кесе.

Клиничка слика акутног запаљења жучне кесе зависи од стадијума, односно облика упале. Клиничка слика акутног холециститиса карактерише се изненадним нападом и болом испод десног ребарног лука који се шири у десно раме. Болови су праћени муком и повраћањем. Температура се повећава а присутна је леукоцитоза и повећана седиментација.

Хронично запаљење жучне кесе (cholecystitis chronica calculosa) је најчешће последица поновљених упалних атака жучне кесе, које су биле саниране и поново, након одређеног времена, егзацербирале. Поновљене упале постепено доводе до хроничних промена жучне кесе које иду у правцу задебљања, склерозирања, фиброзирања и скврчавања читаве жучне кесе.

Једна од компликација хроничне калкулозе жучне кесе је настанак билиодигестивних фистула због срашћења жучне кесе са суседним органима. Стварање фистула карактеришу јаки болови типа колике, који обично одједном престају. Билиодигестивне фистуле могу

бити узрок оптурационог билијарног илеуса и запаљења жучних путева холангитиса.

Дијагноза обољења жучне кесе и жучних путева поставља се на основу анамнезе, клиничке слике, клиничког налаза, ЕХО абдомена, пероралне и интра венске холангиографије, ЦТ, МНР и ендоскопске ретроградне холангиопанкреатографије (ЕРЦП).

Терапија обољења жучне кесе може бити медикаментозна и хируршка.

Медикаментозно лечење се примењује код лакших облика акутног запаљења, где се уз перманентну гастродуоденалну сукцију у току 3-5, дају антибиотици широког спектра, спазмолитици, антихолинергици, аналгетици и раствори.

Оперативно лечење се примењује код свих случајева где медикаментозни начин лечења не даје резултате, већ процес прогредира у теже форме запаљења, ако и код хроничних запаљења жучне кесе. Хируршко лечење се може извести на два начина, класичном (отвореном) методом и лапароскопски.

## МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД РАДА

Обољења жучне кесе и билијарних путева представљају значајан медицински проблем због високе стопе морбидитета и одговарајуће стопе морталитета.

Циљ рада је да укаже на учесталост и појаву тежих форми запаљења жучне кесе овог обољења код становништва српских енклава Централног Косова, Сирићке жуле и косовског Поморавља.

## МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ РАДА

За израду рада коришћен је материјал Ургентног хируршког центра „Симонида“ у Грачаници за период јануар децембар 2004. Године.

Анализирали смо 52 болесника који су у Ургентном хируршком центру „Симонида“ лечени оперативно због обољења жучне кесе и жучних путева.

Теоријски приступ и постављени циљ одредили су методологију рада кроз ретроспективну студију праћења оперисаних болесника у Ургентном хируршком центру „Симонида“ у Грачаници за период јануар децембар 2004. године.

## РЕЗУЛТАТИ

Истраживањем смо обухватили 52 (13.86%) болесника, који су у Ургентном хируршком центру „Симонида“ оперативно лечени због обољења жучне кесе и жучних путева. У периоду јануар децембар 2004. године оперисано је у овом центру 375 хируршка болесника

Табела 1. - Полна структура оперисаних.

Пол	Број	%
- женски	45	86.54
- мушки	7	13.46
Укупно	52	100.00

Обољења жучне кесе и билијарних путева забележили смо код 45 (86,54%) болесника женског пола и код седам (13,46%) болесника мушког пола.

**Табела 2.** - *Старосно доба ојерисаних.*

Добне групе	М	Ж	Укупно	%
до 25	0	1	1	1,92
26-35	0	2	2	3,84
36-45	0	9	9	17,31
46-55	2	11	13	25,00
56-65	1	11	12	23,08
> 65	4	11	15	28,85
Укупно	7	45	52	100,00

У старосној доби до 25. године живота имали смо једног (1,92%), у старосној доби између 26. и 35. године живота два (3,84%), у старосној доби од 36. до 45. године девет (17,31%), у старосној доби од 46. до 55. године 13 (25,00%), у старосној доби од 56. до 65. године 12 (23,08%) и у старосном добу преко 66 година живота 15 (28,85%) болесника.

**Табела 3.** - *Врста обољења.*

Обољење	М	Ж	Укупно	%
- хронично	1	25	26	50,00
- акутно	5	20	25	48,08
- Ту. v. felleae	1	0	1	1,92
Укупно	7	45	52	100,00

Хроничну форму обољења забележили смо код 26 (50%), а акутну форму код 24 (48,02%) болесника. Код једног (1,92%) болесника нашли смо тумор жучне кесе са инфилтрацијом холедохуса.

**Табела 4.** - *Компликације обољења.*

Врста обољења	М	Ж	Укупно	%
- перихолециститис	0	1	1	1,92
- холецистопанкреатитис	0	2	2	3,84
- холангитис супуратива	0	9	9	17,31
- холедохолитијаза	2	11	13	25,00
- стеноз. папилитис-фистула	1	11	12	23,08
- холецистодуод. перфор.	4	11	15	28,85
Укупно	7	45	52	100,00

Запаљење жучне кесе са перихолециститисом смо верификовали код 17 (32,70%), акутни холецистопанкреатитис код пет (9,62%), холедохолитијази код три (5,77%), супуративни холангитис код једног (1,92%), стенозирајући папилитис са холецистодуоденалном фистулом код једног (1,92%) и тумор жучне кесе са инфилтрацијом холедохуса код једног (1,92%) болесника.

Емпијем жучне кесе нашли смо код шест (11,54%), флегмонозну форму акутног запаљења код пет (9,62%), гангренозну форму код пет (9,62%), акутни холецистопанкреатитис код пет (9,62%), хидропс жучне кесе

код два (3,84%), перфорацију код једног (1,92%) и супуративни холангитис код једног (1,92%) болесника.

**Табела 5.** - *Акутно запаљење.*

Врста запаљења	М	Ж	Укупно	%
- флегмонозно	0	5	5	9,62
- гангренозно	2	3	5	9,62
- холецистопанкреатитис	0	5	5	9,62
- хидропс	0	2	2	3,84
- емпијем	2	4	6	11,54
- перфорација	1	0	1	1,92
- супуративни холангитис	0	1	1	1,92
Укупно	5	20	25	48,08

**Табела 6.** - *Иктерус.*

Узрок иктеруса	М	Ж	Укупно	%
- холецистопанкреатитис	0	2	2	3,84
- холедохолитијаза	1	2	3	5,77
- холангитис	0	1	1	1,92
- papilitis stenozans	0	1	1	1,92
- тумор v. felleae	1	0	1	1,92
Укупно	2	6	8	15,37

Иктерус је присутан код три (5,77%) болесника са холедохолитијазом, код два (3,84%) са акутним холецистопанкреатитисом, код једног (1,92%) са супуративним холангитисом, код једног (1,92%) са стенозирајућим папилитисом и код једног (1,92%) са тумором жучне кесе и инфилтрације холедохуса.

**Табела 7.** - *Перитонитис и ендотоксични шок.*

Узрок	Број	%
- емпијем жучне кесе	6	11,54
- холецистопанкреатитис	5	9,62
- гангренозна жучна кеса	3	5,77
- супуративни холангитис	1	1,92
- перфорација ж. кесе	1	1,92
Укупно	16	30,77

Ендотоксични шок смо забележили код шест (11,54%) болесника са емпијемом жучне кесе, код пет (9,62%) са акутним холецистопанкреатитисом, код три (5,77%) са гангренозно промењеном жучном кесом, код једног (1,92%) са супуративним холангитисом и код једног (1,92%) болесника са перфорацијом жучне кесе и присутним перихолециститичним апсцесом.

**Табела 8.** - *Врста холецистектомије.*

Врста холецистектомије	М	Ж	Укупно	%
- ретроградна	5	43	48	92,31
- антероградна	2	2	4	7,69
Укупно	7	45	52	100,00

Код 48 (92,31%) болесника извели смо класичну (ретроградну) холецистектомију, док смо код четири (7,69%) болесника жучну кесу одстранили антероградно.

**Табела 9.** - Дренажа.

Место дренаже	Број	%
- субхепатично	45	86,54
- Т-дренажа	7	13,46
- foramen Winslovi	4	7,69
- Douglas	4	7,69
- субфренично	1	1,92
- бурза оменталис	1	1,92
- без дренаже	7	13,46

Дренажу смо употребили код 45 (86,54%) холецистектомираних болесника, а код седам (13,46%) болесника није постављен дрен у трбушну дупљу. Т-дренажу холедохуса урадили смо код седам (13,46%), дренажу foramena Winslovi код четири (7,69%), дренажу Douglasovog prostora код четири (7,69%), дренажу десног субфренијума код једног (1,92%) и дренажу бурзе оменталис код једног (1,92%) болесника.

**Табела 10.** - Т-дренажа.

Узрок	Број	%
- холедохолитијаза	3	5,77
- холецистопанкреатитис	2	3,84
- холангитис	1	1,92
- тумор жучне кесе и холедохуса	1	1,92
Укупно	7	13,45

Холедохус смо дренирали код три (5,77%) болесника са холедохолитијазом, код два (3,84%) са акутним холецистопанкреатитисом, код једног (1,92%) са супуративним холангитисом и код једног (1,92%) болесника са тумором жучне кесе и инфилтрације холедохуса.

**Табела 11.** - Присуство калкулозе.

Присуство калкулозе	М	Ж	Укупно	%
- калкулозна жучна кеса	6	43	49	94,23
- акалкулозна жучна кеса	1	2	3	5,77
Укупно	7	45	52	100,00

Код 49 (94,23%) болесника нашли смо присутну калкулозу жучне кесе, док је код три (5,77%) болесника са акутним флегмонозним запаљењем жучна кеса била без присутне калкулозе.

Субкостални рез смо користили код 48 (92,31%), трансректални код три (5,77%) и параректални рез код једног (1,92%) болесника.

Постоперативне компликације смо верификовали код три (5,76%) болесника. Инфекцију ране смо забележили код два (3,84%) и код једног (1,92%) болесника развио се перитонитис после вађења Т-дрена.

**Табела 12.** - Примењени рез.

Рез	М	Ж	Укупно	%
- субкостални	5	43	48	92,31
- трансректални	1	2	3	5,77
- параректални	1	0	1	1,92
Укупно	7	45	52	100,00

**Табела 13.** - Постоперативне компликације.

Компликација	Број	%
- инфекција ране	2	3,84
- перитонитис после вађења Т-дрена	1	1,92
Укупно	3	5,76

## ДИСКУСИЈА

Обољења жучне кесе и билијарних путева су једна од најчешћих хируршких обољења дигестивног система. Годишње се у свету уради преко 1,5 милиона холецистектомија (Maingot).

Билијарна калкулоза је најчешће обољење хепатобилијарног система. Најчешће је калкулоза локализована у жучној кеси, одакле калкулус кроз дуктус цистикус може ући у дуктус холедохус што представља секундарну калкулозу жучних путева. Код примарне калкулозе билијарних путева калкулус примарно настаје у билијарним каналима.

Обољења жучне кесе и билијарних путева су доста заступљена у патологији становника српских енклава Централног Косова, Сиринишке жупе и Косовског Поморавља.

У Ургентном хируршком центру „Симонида“ у периоду јануар децембар 2004. године, оперисана су 375 болесника. У истом периоду оперисали смо 52 (13,87%) болесника, због обољења жучне кесе и жучних путева.

Анализом пола оперисаних болесника, жена је било 45 (86,54%), а мушкараца седам (13,46%). Анализом пола оперисаних болесника, на нашем материјалу, дошли смо до сазнања да су обољења жучне кесе и жучних путева 6,4 пута чешће заступљена код особа женског пола. За разлику од нас Štulhofer наводи податке да жене два пута чешће оболевају него мушкарци, док је код Даковића, Гмијовића и Прићића тај однос 3:1 у корист особа женског пола.

Животно доба болесника је у свим саопштеним анализама било од великог утицаја на учесталост, ток и исход обољења жучне кесе и жучних путева.

Обољења жучне кесе и жучних путева су најчешће заступљена после 40. године живота, где смо имали 45 (86,54%) болесника. Само су три (5,77%) болесника била млађа од 35. године живота. Испод 45. године живота нема ни једног болесника мушког пола. Највише оболелих било је у групи после 66. године живота где смо регистровали 15 (28,85%) болесника. Уједно је ова старосна група заступљена са најтежим формама запаљења жучне кесе и компликацијама које се јављају у току запаљења.

Запаљења жучне кесе се јављају у акутном и хроничном облику. Акутни холециститис представља једну од честих компликација калкулозе жучне кесе. Хронично запаљење жучне кесе (cholecystitis chronica calculosa) је најчешће последица поновљених упалних напада жучне кесе, које су биле санирани и поново, након одређеног времена, егзацербирале. Поновљене упале постепено доводе до хроничних промена жучне кесе које иду у правцу задебљања, склерозирања, фиброзирања и скврчавања читаве жучне кесе.

Хроничну форму запаљења нашли смо код 26 (50%), акутну код 24 (48,08%) а код једног (1,92%) болесника тумор жучне кесе који је инфилтрирао дуктус холедохус. Акутна форма запаљења жучне кесе заступљена је код 48,08% болесника што је много више у односу на друге ауторе (Štulhofer).

Акутни холециститис се може јавити у свим формама запаљења, катарални, флегмонозни, гангренозни и перфоративни.

Перфорација упално промењене жучне кесе може довести до дифузног билијарног перитонитиса и стварања перихолециститичног инфилтрата или апсцеса. Често су акутне упале жучне кесе праћене појавом перихолециститиса а могу се јавити и у комбинацији са акутном упалом панкреаса (cholecystopancreatitis acuta).

Код опструкције цистикуса и немогућности отицања жучи из жучне кесе у холедохус, уколико је жуч стерилна, развија се хидропс жучне кесе, а ако исти буде секундарно инфициран, онда настаје емпијем жучне кесе.

Акутну форму запаљења жучне кесе и жучних путева регистровани смо код 25 (48,08%) болесника. Најчешће је заступљен емпијем жучне кесе који смо нашли код шест (11,54%) болесника. Од осталих акутних форми, флегмонозно упаљена жучна кеса је регистрована код пет (9,62%), гангренозно запаљење код пет (9,62%), акутни холецистопанкреатитис код пет (9,62%), хидропс жучне кесе код два (3,84%), код једног (1,92%) акутно запаљење са супуративним холангитисом и код једног (1,92%) перфорирани жучну кесу са перихолециститичним апсцесом и развијеним ендотоксичним шоком. Мајнот и Štulhofer наводе много мањи проценат (10-15%) акутно холецистектомираних болесника.

Највећи разлог овако великог броја акутног запаљења жучне кесе, код становништва српских енклава на Косову и Метохији, су тешка безбедносна ситуација, ограничена слобода кретања, слабије организована здравствена служба у појединим срединама, немогућност правовременог јављања лекару, раном постављању дијагнозе и адекватном лечењу.

Код 28 (53,85%) болесника развиле су се компликације обољења. Најчешћа компликација, код оперисаних болесника, био је перихолециститис који је регистрован код 17 (32,69%) болесника. Затим по учесталости долазе акутни холецистопанкреатитис код пет (9,62%), холедохолитијаза код три (5,77%), супуративни холангитис код једног (1,92%), холецистодуоденална фистула код једног (1,92%) и перфорација жучне кесе

код једног (1,92%) болесника.

Процент акутних холецистопанкреатитиса је мањи у односу на Прцића који у својим радовима наводи појаву овог обољења у 15-20% оболелих од акутног холециститиса.

Забележена холедохолитијаза је мања у односу на Štulhofer и Thorbjarnarsona који је наводе код 10-12% болесника са холелитијазом.

Због целокупне ситуације на терену, болесници се јављају хирургу са болешћу у поодмаклом стадијуму, са знацима перитонитиса и развијеног ендотоксичног шока. Код 16 (30,77%) болесника регистровани смо присуство ендотоксичног шока и перитонитиса. Најчешћи узрок ендотоксичног шока и перитонитиса је код шест (11,54%) болесника присутан емпијем жучне кесе, код пет (9,62%) акутни холецистопанкреатитис, код три (5,77%) гангренозно промењена жучна кеса и код по једног болесника супуративни холангитис и перфорирани жучна кеса са присутним перихолециститичним апсцесом.

Захваљујући доброј постоперативној терапији од стране анестезиолога реаниматора и хирурга сви болесници су, и поред тешког општег стања пре операције, отпуштени кући излечени у добром општем и локалном стању.

Холецистектомија је индикована у лечењу, хроничног калкулозног холециститиса, акутног калкулозног и акалкулозног холециститиса, хроничног акалкулозног холециститиса са рецидивирајућим билијарним коликама, код акутних холециститиса компликованих билијарним перитонитисом, код хидропса, емпијема, перфорације жучне кесе и код трауматског оштећења жучне кесе. Холецистектомија се изводи на два начина: ретроградно, подвезивањем а. цистике и дуктуса цистикуса и ослобађањем жучне кесе из њеног лежишта према фундусу и антероградно, ослобађањем жучне кесе од фундуса према врату и подвезивањем а. цистике и дуктуса цистикуса. Антероградна холецистектомија се примењује код случајева где су поремећени анатомско топографски односи због акутног запаљења и присутних прираслица.

Анализом начина извођења холецистектомије, на нашем материјалу, ретроградна холецистектомија је најчешће рађена и њу смо применили код 48 (92,31%) болесника, док је код четири (7,69%) болесника урађена антероградна холецистектомија.

Дренажу трбушне дупље радили смо код 45 (86,54%) болесника, док је код седам (13,46%) болесника холецистектомија урађена без дренаже. Поред дренаже субхепатичног простора због присутног перитонитиса, као последице компликације обољења, код четири болесника са акутним холецистопанкреатитисом дренирали смо foramen Winslovi, код четири болесника Douglasov простор, код једног бурзу оменталис и код једног субфренични простор.

Код седам (13,46%) болесника због отварања дуктуса холедохуса поставили смо Т-дрен (Kehrov dren), који су извађени после три недеље, уз претходно урађену секундарну холангиографију, којом смо се уверили да је добра проходност билијарних путева и да нема рес

калкулозе. Т-дренажу смо применили код три (5,77%) болесника са присутном холедохолитијазом, код два (3,84%) са присутним акутним холецистопанкреатитисом, код једног (1,92%) са супуративним холангитисом и код једног (1,92%) са тумором жучне кесе који је инфилтрисао дуктус холедохус.

Приликом холецистектомије код 49 (94,23%) болесника нашли смо присутну калкулозу, док код три (5,77%) холецистектомирана болесника нисмо верификовали калкулозу. До сличних резултата долазе и други аутори (Štulhofer, Прцић).

Холецистектомију смо најчешће изводили кроз десни субкостални рез који смо применили код 48 (92,31%) болесника, док смо код три (5,77%) болесника жучну кесу уклонили трансректалним резом десно, а код једног (1,92%) десним параректалним резом.

Компликације код холецистектомије могу бити интраоперативне и постоперативне. Најчешће интраоперативне компликације су: јатрогене лезије хепатохоледохуса, васкуларних структура хепатодуоденалног лигамента и порте хепатис и озледе дуоденума и црева. Постоперативне компликације се јављају у постоперативном току у виду инфекције ране, крварења, опструктивног иктеруса, спољашњих билијарних фистула, постоперативног панкреатитиса и перитонитиса.

Постоперативне компликације смо регистровали код три (5,77%) болесника. Код два (3,84%) болесника је дошло до инфекције ране, која је третирана тоалетом ране и давањем антибиотика по антибиограму. Гмијовић наводи инфекцију ране код 5,6% болесника после урађене холецистектомије. Код једног болесника дошло је до развоја билијарног перитонитиса после скидања Т-дрена, који је решен реинтервенцијом.

Постоперативни ток осталих болесника протекао је неормално и сви су отпуштени на кућну негу у добром општем и локалном стању.

Просечно трајање лечења оперисаних болесника, због обољења жучне кесе и жучних путева, износило је седам дана.

## ЗАКЉУЧАК

Проучавањем кретања обољења жучне кесе и жучних путева на материјалу Ургентног хируршког центра "Симонида" у Грачаници у периоду јануар децембар 2004. године у ретроспективној студији дошли смо до следећих закључака:

1. Обољења жучне кесе и жучних путева су доста заступљена у патологији становништва српских енклава Централног Косова, Сиринићке јупе и Косовског Поморавља. Бројни испољени тешки услови живота у срединама са тешком безбедоносном ситуацијом, ог-

раниченом слободом кретања, лоши социјално-економски, здравствено-просветни, епидемиолошки и други фактори, који су саставни део свакодневног живота ових средина, имају значајну улогу у појави, току и исходу болести.

2. Обољења жучне кесе и жучних путева су после акутног апендицитиса најчешћа обољења овог региона.

3. Обољења жучне кесе и жучних путева су најчешћа у људи после 40. године живота, где смо имали 45 (86,54%) болесника.

4. Обољења жучне кесе и жучних путева су 6,4 пута чешћа код особа женског пола.

5. Тешка безбедоносна ситуација, ограничена слобода кретања, лоше развијена здравствена служба и слабија здравствена просвећеност становништва српских енклава, разлог су касног јављања болесника лекару, а тиме и појави тежих форми обољења жучне кесе и жучних путева.

Потребно је становништву обезбедити нормалне услове живота и боље организовати здравствену службу на терену.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Maignot L.: „Abdominal operations“. Appleton and Lange, Stanford, 1997.
2. Štulhofer M.: Hirurgija probavnog sistema, „Zagreb“, Zagreb, 1992.
3. Prčić M.: Abdominalna hirurgija, Svetlost, Sarajevo, 1978.
4. Daković B.: Hirurgija žučnih kanala, NUB „Ivo Andrić“, Beograd, 2004.
5. Čolović R.: Hirurgija bilijarnog trakta, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1998.
6. Benson M.D., Gandhi M.R.: Ultrasound of the Hepatobiliary-pancreatic system, World J. Surgery, 1999, 24, 166-170.
7. Blumgart L.H.: Surgery of the liver and Biliary tract, New York, Churchill Livingstone, 1998.
8. Jan Y.Y., Chen H.M.: Biliary complications during and after laparoscopic cholecystectomy, Hepato-Gastroentero, 1997, 44, 370-75.
9. Vitale G.C.: ERCP and Surgeon: Interventional Endoscopy in the management of complex Hepatobiliary and Pancreatic disease, Surg. Endosc. 12, 387-89, 1998.
10. Sekulić S., Kosanović R., Simić P.: Surgical treatment of cholelithiasis, European IHPBA congress „Hamburg 97“, 1997.
11. Holt W.R., Wagner R., Homa M.: Ultrasonic diagnosis of cholelithiasis, J. Pediatrics, 418-9, 1997.
12. Balon H.R.: Procedure guideline for hepatobiliary scintigraphy, J. Nucl. Med, 38, 1654-7, 1997.
13. Glenn F., Mannix H.: Biliary enteric fistula, Surg. Gynec. Obst. 105, 1967.
14. Millat B., Borie F.: Common bile duct stones and their complications, Rev. Prat. 50 (19), 2123-9, 2000.