

Токтосунов А.

**УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ БЕЙТАПТАРДЫН ӨТТҮН ТАШ ООРУСУ,
МЕХАНИКАЛЫК САРГАЙУУ ЖАНА ХОЛАНГИТТИ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОО**

Токтосунов А.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ**

Toktosunov A.

**COMPLEX TREATMENT OF SENILE AGED PEOPLE WITH
CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH MECHAICAL
JAUNDICE AND CHOLANGITIS**

УДК:616.89.26

Улгайган жаштагы (75тен 90 жашка чейин) 30 бейтаптын комплекстүү дарылоо жыйынтыгы көрсөтүлдү, 10 бейтапка сыртка дренаждоо жана 20 бейтапка билиодегестивтик анастомоз колдонулду. Операциядан кийин кабылдоо 2 бейтап (1 инфилтрат жана 1 жаранын ири-дөөсү) бирөөсү каза болду (өпкө артериясынын тромбоэмболиясынан)

Негизги сөздөр: *өт баитыкча, өттүн таш оорусу, саргайуу, холангит, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо.*

Представлены результаты комплексного лечения 30 больных старческого возраста (от 75 до 90 лет), наружное дренирование выполнено у 10, а у 20 – билиодигестивные анастомозы. Осложнения после операции были у 2 (1 – инфилтрат и 1 – нагноение раны), умер один (тромбоэмболия легочной артерии).

Ключевые слова: *желчный пузырь, калькулезный холецистит, желтуха, холангит, оперативное лечение, осложнения.*

Results of complex treatment in 30 senile aged patients (from 75 till 90 years) are presented. Open drainage was fulfilled in 10 patients, and biliodigestive anastomosis was fulfilled in 20 patients. Postoperative complications were in 2 patients (infiltrate was in one patient, and wound suppuration was in one patient too)/ One patient died (thromboembolism of pulmonary artery).

Key words: *gallbladder, calculous cholecystitis, jaundice, cholangitis, surgical treatment, complications*

Наиболее сложными и тяжелыми осложнениями у больных желчнокаменной болезнью являются механическая желтуха и острый холангит. Летальность при этих осложнениях колеблется в больших пределах (7,0-60%), особенно она велика у лиц пожилого и старческого возраста [1,2]. Это обусловлено тем, что в этом возрасте у большинства имеют место тяжелые сопутствующие заболевания, наличие которых оказывает существенное влияние на клинические проявления основного заболевания, в результате чего слишком поздно определяется истинный характер болезни и позднее поступление больных в хирургические стационары [4,5].

Лечение этой группы больных сложное, все они нуждаются в срочной ликвидации застоя желчи, восстановления проходимости желчных путей. В

этом плане наиболее часто используется наружное дренирование и реже – билиодигестивные анастомозы.

По мнению некоторых авторов, наружное дренирование является устаревшим методом, не способным окончательно излечить механическую желтуху и ее последствий [2,3] и считают основным методом билиодигестивные анастомозы. Однако и после этих операций возникают осложнения, поэтому идут поиски более эффективных методов лечения. В последние годы на первом этапе лечения этой группы больных используется эндоскопическая экстракция конкрементов, но она требует высокой квалификации эндоскописта и к тому же к ней ограниченные показания [6].

Цель работы: представить результаты лечения больных старческого возраста с калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 30 больных старческого возраста (от 75 до 90 лет), оперированных в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек в период с 2012 по 2013 год. Из них женщин было 21, мужчин – 9. Сроки появления желтухи колебались от 3 до 12 суток, при анализе давности заболевания желчнокаменной болезни установлено, что до одного года страдали 17 человек, от года до 3 лет – 8, от 3 до 5 – 2 и более 5 лет – 3 больных. Все они отмечали частые приступы болей, после которых у 12 появлялась кратковременная желтуха. При поступлении все жаловались на боли в правом подреберье, слабость, ознобы, повышение температуры, что указывало на развитие холангита. У всех отмечена желтушность склер и кожных покровов, наличие расчесов на коже, ахоличный стул был у 12 больных.

Со стороны общего анализа крови лейкоцитоз выше $12,5 \times 10^9/\text{л}$ имел место у 22 из 30 поступивших, а содержание билирубина колебалось от 30 до 176 мкмоль/л.

При поступлении выполняли общий анализ крови, мочи, свертываемость крови, биохимические

анализы для определения функционального состояния печени и почек, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчного пузыря, органов брюшной полости и малого таза. В момент операции выполняли холедохоскопию и интраоперационную холангиографию.

Результаты и их обсуждение

В результате обследования у всех поступивших были выявлены сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – у 12, коронарная болезнь сердца – у 5, общий атеросклероз – у 6, хронический бронхит в стадии ремиссии – у 4 и у 3 – остаточные явления перенесенного инфаркта головного мозга. При поступлении всем выполнено УЗИ, при котором выявлен острый калькулезный холецистит (у 3), хронический холецистит (у 27). Из 30 поступивших при УЗИ в холедохе выявлены конкременты у 23, а у 7 – расширение желчных протоков, конкременты же обнаружены лишь в момент операции.

Больные были консультированы кардиологом, назначена медикаментозная терапия, которая выполнялась до и после операции. Несмотря на наличие желтухи и сопутствующих заболеваний, 3 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой, оперированы в первые 3 часа с момента поступления после кратковременной предоперационной подготовки. Им из минилапаротомного доступа произведена холецистэктомия и наружное дренирование холедоха по Вишневному.

Больным с хроническим калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом, предоперационная подготовка продолжалась 2-3 дня, которая включала инфузионную и противовоспалительную терапию. Нужно отметить, что несмотря на подготовку, улучшалось незначительно общее состояние, а показатели функционального состояния печени не улучшались, поэтому мы после подготовки сразу стремились восстановить проходимость желчных путей. Все 27 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом из минилапаротомного доступа, но у двух больных при наложении билиодигестивного анастомоза возникла необходимость перейти на традиционный доступ. У всех произведена холецистэктомия, холедохотомия с удалением конкрементов, промыванием желчных путей с последующей холедохоскопией для контроля, все ли конкременты удалены и нет ли другой причины, нарушающей проходимость холедоха. У 7 больных выполнено наружное дренирование холедоха по Вишневному (5 чел.) и по Керу (2 чел.). А у 20 произведен билиодигестивный анастомоз, из них у 15 – холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову и у 5 при наличии дуоденостаза – холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При наложении любого вида анастомоза мы обязательно область анастомоза дренировали микро-

ирригатором, который обеспечивал декомпрессию анастомоза и его санацию – ежедневным промыванием озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Кроме того, у всех 30 оперированных в круглую связку печени фиксировали микроирригатор, через который на протяжении 4-5 дней вводили лимфотропную смесь с антибиотиком (гепарин 70 ед на кг веса тела, лидаза 8-12 ед, тамалин 1 мл, новокаин 0,5% 15-20 мл и антибиотик, чаще цефазолин и реже – ампициллин). Эта регионарная лимфостимуляция является хорошей профилактикой гнойно-воспалительных осложнений.

У больных с уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л в момент операции выполняли реканализацию пупочной вены и осуществляли интрапортальное введение медикаментозных средств (глюкоза с комплексом витаминов, реополиглюкин, эссенциале, гептрал, озонированный физиологический раствор хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл) на протяжении 4-5 дней, а затем инфузионную терапию выполняли внутривенно.

Необходимо отметить, что послеоперационный период протекал тяжело, поэтому мы уделяли особое внимание ранней активизации больных. После операции у 2 больных возникли раневые осложнения: у одного – инфильтрат в области шва и еще у одного – частичное нагноение раны. Умер один больной – на 5 сутки после операции возникла тромбоземболия легочной артерии.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения показали, что у лиц старческого возраста довольно часто желчнокаменная болезнь осложняется механической желтухой и холангитом. На наш взгляд, методом выбора являются билиодигестивные анастомозы в сочетании с регионарной лимфостимуляцией, санацией зоны анастомоза и интрапортальным введением медикаментозных средств.

Литература:

1. Агаев, Б.А. Методика дренирования желчных протоков у больных с билиодигестивными анастомозами при механической желтухе и остром холангите [Текст] / Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.Ш. Гасымов // Хирургия. – 2011. - № 1. – С. 18-22.
2. Клименко Г.А. Холедохолитиаз [Текст]/Г.А. Клименко. – М.: Медицина, 2000. – 234 с.
3. Майстренко Н.А. Холедохолитиаз [Текст]/Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. – С-Пб.: ЭЛБИ, 2000. – 288 с.
4. Машинский, А.А. Гнойный холангит [Текст] / А.А. Машинский // Хирургия. – 2002. - № 3. – С. 58-63.
5. Шестаков, А.Л. Опыт выполнения операций на желчных путях из минилапаротомного доступа [Текст] / А.Л. Шестаков, А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов // Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. – 1997. - № 4. - С. 66-71.
6. Nenhous, H. New techniques for direct biliary visualization we need them and what can be achieved [Text] / H. Nenhous // Gastrointest. Endoscopy. – 2011. – Vol. 74, # 2. – P. 317-320.

Рецензент: к.м.н., доцент Авазов Б.А.