

Мусаев У.С.

**ӨТКҮР ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООНУН
ЖАНЫ ЫКМАЛАРЫ**

Мусаев У.С.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

U.S. Musaev

**MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF PATIENTS
WITH ACUTE CHOLECYSTITIS**

УДК: 615.2-085:616.61

Өткүр холецистит менен 869 бейтаптын операция жолу менен дарылоонун натыйжасы берилди. Негизги ыкма менен холецистэктомия операциясы 106 бейтапка, минилапаротомдук - 751 бейтапка, Лопогроскоп менен 12 бейтапка жазалды. 16 бейтапта кабылдоолор байкалды.

Негизги сөздөр: *Өт баитыкчасы, холецистит, операциялык дарылоо, кабылдоо, каза болгондор.*

Даны результаты оперативного лечения 869 больных с острым холециститом. Холецистэктомия традиционным способом осуществлена у 106 (12,2%), минилапаротомным - у 751 (86,4%), лапароскопически - у 12 (1,4%) больных. Осложнения выявлены у 16 (1,8%), умер - 1 (0,1%).

Ключевые слова: *желчный пузырь, холецистит, доступы, оперативное лечение, осложнения, летальность.*

Given the results of surgical treatment of 869 patients with acute cholecystitis. Conventional method cholecystectomy performed in 106 (12.2%), minilaparotomy - at 751 (86.4%), laparoscopically - 12 (1.4%) patients. Complications were observed in 16 (1.8%), died - 1 (0.1%).

Key words: *gallbladder, cholecystitis, approaches, surgical treatment, complications, mortality.*

Введение. Лечение больных острым калькулезным холециститом остается одной из важных проблем в абдоминальной хирургии не только в связи с неуклонным ростом заболеваемости и частотой осложненных форм, но и отсутствием тенденции к снижению осложнений и летальности в ближайшем послеоперационном периоде и неблагоприятных исходов в отдаленные сроки, особенно у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [1,2,5].

К настоящему времени детально разработаны варианты холецистэктомии, внедрены в практику клинической хирургии новые технологии, позволяющие снизить травматичность операции, используется ряд физических факторов для профилактики воспалительных осложнений, которые направлены на улучшение результатов лечения больных с острым

холециститом [4,5,6,7]. Накопленный материал позволяет оценить результаты.

Цель работы: представить результаты оперативного лечения больных острым калькулезным холециститом с использованием разработанных подходов.

Материал и методики исследования.

Под наблюдением находились 869 оперированных больных по поводу острого холецистита в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 в период с 2012 по 2013 годы.

Из числа поступивших преобладали женщины, возраст больных колебался от 19 до 82 лет, но большинство поступивших были старше 40 лет.

При поступлении уделяли внимание анамнезу заболевания, данным объективного обследования, но основным диагностическим методом было ультразвуковое исследование, при котором оценивали состояние печени, желчного пузыря и желчных протоков, а также обязательно исследовали органы брюшной полости и малого таза для выявления сопутствующих заболеваний. Помимо общего анализа крови и мочи, выполняли биохимические исследования для оценки функционального состояния печени и почек.

УЗИ выполняли до операции и обязательно многократно после операции для своевременного выявления осложнений брюшной полости и раневых осложнений.

Результаты и их обсуждение.

В результате выполненных исследований острый калькулезный холецистит выявлен у 768, сочетание холецистита с холедохолитиазом – у 72, а у 27 обнаружены признаки нарушения проходимости холедоха, а конкременты выявлены лишь в момент операции. Все больные оперированы.

Типы операций и характер осложнений при них даны в таблице 1.

Таблица 1 - Типы операций и характер осложнений у больных острым холециститом, оперированных в 2012-2013 годах

Тип операции	Всего больных		из них возникли осложнения					Всего
	абс. ч.	%	нагно-ениераны	инфил-трат	ин-фаркт мио-карда	Парез кишеч-ника	пнев-мония	
Холецистэктомия	768	88,4	2	3	1	2	1	9
Холецистэктомия + холедохолитотомия с дренированием: по Вишневскому	43	4,9	1	1		-	1	3
По Керу	31	3,6	-	1		-	-	1
ХДА	15	1,7	-	1		-	-	1
ХЕА	12	1,4	1	1		-	-	2
Итого	абс.ч.	869	7		1	2	2	16
	%		0,8			0,2	0,2	1,8

В лечении больных мы придерживались следующих подходов. При обнаружении окклюзионного холецистита (46 чел.), если не было тяжелых сопутствующих заболеваний, мы выполняли экстренную холецистэктомию, так как наши наблюдения показали, что при выжидании быстро развиваются деструктивные формы холецистита, после операции у них чаще развиваются осложнения и больные длительное время находятся в стационаре. Экстренные операции также выполнялись нами у больных с острым холециститом, осложненным местным или общим перитонитом.

При поступлении больных с клиникой острого холецистита мы вели наблюдение на протяжении 12 часов. В этот период выполняли инфузионную, спазмолитическую и противовоспалительную терапию. Если за этот период наблюдения не наступало улучшения, то больных оперировали, а если наступало улучшение состояния, то операцию выполняли через один-два дня. Мы не выписывали этих больных, так как наблюдения показали, что у больных вновь появляются приступы болей, ухудшаются показатели состояния печени и операции выполняются в худших условиях для пациента и врача.

Особое внимание мы уделили выбору доступа для выполнения холецистэктомии. С этой целью мы перед операцией выполняли УЗИ для определения расположения желчного пузыря и вычисляли эхоморфометрические критерии. Традиционно лапаротомный доступ использовали при ожирении III степени, при наличии воспалительного процесса вокруг желчного пузыря, при перивезикулярном абсцессе, при разлитом перитоните, а в остальных случаях холецистэктомию выполняли из минидоступа и у 12 больных лапароскопическую холецистэктомию. При использовании любого оперативного доступа выполняли тщательный гемостаз, желчный пузырь чаще удаляли от шейки, очень редко от дна, обрабатывали ложе пузыря и обязательно дренировали подпеченочное пространство.

При холедохолитиазе выполняли холедохотомию, удаляли конкременты и обязательно проверяли проходимость холедоха, насколько полно удалены конкременты. Контроль включал зондирование холедоха, холедохоскопию и при неуверенности –

интраоперационную холангиографию. У 27 больных при наличии множества мелких, замазкообразных камней выполняли билиодигистивные анастомозы, чаще холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову и реже холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При анализе результатов оперативного лечения больных острым холециститом установлено, что осложнения возникли у 16 больных (1,8%), умерла одна больная от возникшего острого инфаркта миокарда в первые сутки после операции.

Таким образом, наши наблюдения показали возможность улучшения результатов оперативного лечения больных острым холециститом путем внедрения разработанных тактических и технических решений.

Литература:

1. Ардаинов Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза [Текст] / Т.Б. Ардаинов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2013. – Том 18, № 1. – С. 23-26.
2. Борисов А.Е. Малоинвазивные технологии в лечении желчекаменной болезни, осложненные поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Е. Борисов, В.П. Земляной // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – № 2. – С. 22-30.
3. Васильева О.И., Желчнокаменная болезнь как проблема хирургического лечения: показания, техника, осложнения, прогноз [Текст] / О.И. Васильева, Э.Х. Акрамов, Я.Ш. Абдулбакиев // *Проблемы саногенного и патогенного эффектов эндо- и экзозкологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы Евразийского симпозиума.* – Чолпон-Ата, 2009. – С.90-95.
4. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите [Текст] / [Н.А. Кузнецов, Л.С.Аронов, С.В. Харитонов и др.] // *Хирургия.* – 2003. - № 5. – С. 19-27.
5. Добровольский С.Р., Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии [Текст] / С.Р.Добровольский, П.М. Богопольский, И.В. Нагай // *Хирургия.* – 2004. - № 7. – С. 56-60.
6. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст]/С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуток.– М.: Видар, 2005. – 139 с.
7. Fitzgibbons, R. Acute cholecystitis. Does the clinical diagnosis with the pathological diagnosis [Text] / R. Fitzgibbons, A. Tseng, H. Wang // *Surg. Endosc.* – 1996. - # 10. – P. 1180-1184.

Рецензент: д.м.н., профессор Оморов Р.А.