

*Оморов Т.Б.*

**ТОЛУУ АЙМАКТА ЖАШАГАН БЕЙТАПТАРДЫН ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ  
ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ МӨӨНӨТҮНҮН ӨТҮШҮ**

*Оморов Т.Б.*

**ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ  
У ЖИТЕЛЕЙ ВЫСОКОГОРЬЯ**

*T.B. Omorov*

**DURING THE POST-OPERATIVE PERIOD AFTER CHOLECYSTECTOMY  
INHABITANTS OF THE HIGHLANDS**

УДК: 616.346.2.089

*Нарын облусунда жашаган бейтаптардын операциядан кийинки мөөнөтүнүн өтүшүн анализдөө жыйынтыгы көрсөтүлдү, өткүр холецистит (34 бейтап) жана өнөкөт холецистит (46 бейтап). Операциялар лапаратомдук ыкма менен жасалган (8-12 см). Өткүр холециститтен кийинки кабылдоолор 23,5 % (8-34) түзсө, ал эми өнөкөт холециститтен кийинки кабылдоолор 21,7 % (10-46) түзгөн. Эң жогорку көрсөткүчтү жарат кабылдоолору түзгөн.*

**Негизги сөздөр:** *толуу аймак, өттүн тап оорусу, операциялык дарылоо, кабылдоолор.*

*Представлены результаты анализа течения послеоперационного периода у 80 больных острым (34 чел.) и хроническим (46 чел.) калькулезным холециститом проживающих в Нарынской области. Операции выполнялись лапаратомным доступом (8-12 см). Осложнения при острым холецистите составили 23,5% (у 8 из 34) и при хроническом 21,7% (у 10 из 46). Наибольший удельный вес составляли раневые осложнения.*

**Ключевые слова:** *высокогорье, желчнокаменная болезнь, оперативное лечение, осложнения.*

*The results of the analysis of the postoperative period, 80 patients with acute (34 people.) And chronic (46 people) calculous cholecystitis living in Naryn region. Operations performed laparotomy Access (8-12 cm). Complications of acute cholecystitis was 23.5% (8 of 34) and 21.7% in chronic (10 of 46). The largest share were wound complications.*

**Key words:** *highlands, cholelithiasis, surgical treatment, complications.*

**Введение:** Желчнокаменная болезнь распространённая болезнь во всем мире не имеющее тенденции к снижению, а наоборот, все исследователи отмечают рост заболеваемости [3,7]. Вопросам этиопатогенеза, показаниям к оперативному лечению, технике операции посвящены многие работы [6,7], а что касается особенностей течения желчнокаменной болезни в условиях высокогорья, то это проблема не представлена в современной литературе. Основные работы даны о состоянии работы сердца, нервной системы, течению легочных, сердечно-сосудистых заболеваний и авторы отмечают существенные отличия в условиях высокогорья и низкогогорья [1,2,4,5].

В лечении желчнокаменной болезни в настоящее время используется все реже и реже традиционная лапаратомия, разработаны показания к минилапаратомному доступу и лапараскопической холецистэктомии, а какие возможности для их применения и какова их эффективность в условиях высокогорья – остается не изученным. Учитывая эти обстоятельства, мы выполнили первый этап – попытались дать анализ течения послеоперационного периода после холецистэктомии у больных, проживающих постоянно в условиях высокогорья, у которых холецистэктомия выполнена из традиционного лапаратомного доступа. Нарынская область относится к числу высокогорных регионов Кыргызской Республики, она расположена на высоте 2500 метров над уровнем моря.

**Цель работы:** Представить результаты оперативного лечения больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, у больных проживающих в условиях высокогорья

**Материалы и методы исследования**

Выполнен анализ историй болезни 80 больных, оперированных в Нарынской областной больнице в период 2014 и по август 2015 год. По поводу острого холецистита оперировано 34 больных и 46 с хроническим калькулезным холециститом. Женщин было 62 (77,5 %) и мужчин 18 (22,5 %). Отношение женщин к мужчинам составило 3,5:1,0. Из числа поступивших было 5 в возрасте 21-30 лет и 8 в возрасте 31-40 лет, все они были женского пола. Наибольший удельный вес занимали больные в возрасте от 41 до 60 лет (50 чел – 62,4%), в возрасте 61-70 лет было 11 человек (13,8 %) и старше 70 лет госпитализировано 6 (7,5 %).

Давность заболевания при острым холецистите колебалась от 2 часов до 12 дней, но наибольшая часть больных поступили с давностью 1-3 суток (20,6%), от 3-7 суток (41,2%) и позже 7 суток 8 больных (23,6%). Следовательно больные с острым холециститом в основном поступали с давностью позже 1-3 суток, что представило сложности в диагностике.

При хроническом калькулезным холецистите до 6 месяцев поступило 34,8%, от 6 месяцев до года 15,2%, от года до 3 лет 26,1%, от 3 до 5 лет 17,4% и более 5 лет было 6,5%.

Клинические проявления были многообразны и при остром холецистите проявлялись сильными, нарастающими болями в правом подреберье с иррадиацией в лопатку, руку, шею, с многократной рвотой, повышением температуры, напряжением мышц в правом подреберье и положительным симптомами острого холецистита.

При хроническом калькулезном холецистите отмечается тупая боль, периодически возникали приступы печеночной колики. Все больные отмечали общие, неспецифические признаки: слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (общий анализ крови, мочи, свертываемость, ЭКГ для лиц пожилого возраста) выполняли биохимические анализы для определения функционального состояния печени и почек. Основное внимание уделяли результатам УЗИ до операции и в послеоперационном периоде, которое выполнили аппаратом ТОМЕХ японского производства. Выполняли эхо морфометрию ран после операции на 1,3 и 6 сутки, а при необходимости и в более поздние сроки после операции.

#### **Результаты и их обсуждение**

Все больные были оперированы после непродолжительной предоперационной подготовки, при остром холецистите на протяжении 6-12 часов в зависимости от состояния больных и при хроническом через 1-2 дня. Это связано было с необходимостью дополнительного обследования в стационаре. Из 80 больных, поступивших на оперативное лечение у 12 выявлен гипертоническая болезнь, у 2 – сахарный диабет и у 6 хронические бронхолегочные заболевания. Следовательно, сопутствующая патоло-

гия имело место у 20 (16%). Все оперированы под эндо трахеальным наркозом.

Особое внимание было уделено выбору доступа для выполнения операции, при этом мы не использовали минилапаротомный доступ с длиной разреза 4-5 см, поскольку здесь требуется использование специальных инструментов для расширения ран, осветители и др., но и не применяли лапаротомию с длиной разреза 20 см и более, так как этот доступ травматично и при нем часто возникают осложнения как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. При остром холецистите доступ был 8-10 см, а при осложнении острого холецистита перитонитом 10-12 см и лишь у 2 из 34 больных в момент операции появилась необходимость увеличения разреза в связи с трудностями выделения шейки пузыря и артерии из-за выраженных воспалительных явлений в окружающие ткани. А у остальных все этапы операции удавалось выполнить из оперативного доступа 8-10 см и свободно дренировать брюшную полость.

При хроническом калькулезном холецистите операцию выполняли из доступа 8-10 см, но 3 больных возникли необходимость в увеличении разреза, так как в момент операции выявлен склероз желчного пузыря с обширным спаечным процессом и выявлением конкрементов холедохе, что требовало выполнения и холедохотомии с последующим дренированием холедоха. У остальных больных затруднение в выполнении холецистэктомии не было. У всех выполняли дренирование под печеночного пространства. Типы выполнения операций даны в таблице 1.

Таблица 1.

**Типы операций и характер осложнений.**

Тип операций при остром и хроническом холецистите	всего больных	из них возникли осложнения					всего
		нагноение раны	инфильтрат	пневмония	желчеистечение	парез кишечника	
Острый холецистит: Холецистэктомия	31	2	2	1	1		6
Холецистэктомия + наружное дренир. холедоха	3		1			1	2
Всего:	34	2	3	1	1	1	8(23,5%)
Хронический холецистит: Холецистэктомия	43	4	4	1		1	
Холецистэктомия + наружное дренир. холедоха	3			1	1		
Всего:	46	3	3	2	1	1	10(21,7%)

После операции при остром холецистите назначили не менее двух антибиотиков внутримышечно или внутривенно на протяжении 5-6 дней, обезболивающее средства по показаниям и инфузионную терапию в зависимости от тяжести состояния больных.

При хроническом холецистите больные получали один антибиотик, обезболивающее средства и инфузионную терапию.

В послеоперационном периоде у 26 больных острым холециститом было выполнено эхоморфометрия ран (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели эхоморфометрии ран (в см.) у больных острым холециститом**

Сроки исследования	M±m	P-степень достоверности
1 сутки после операции M 1 ± m 1	2,6 ± 0,11	M1 – M 2 < 0,05 M2 – M 3 > 0,05
3 сутки после операции M 2 ± m 2	3,8 ± 0,18	
5-6 сутки после операции M 3 ± m 3	3,1 ± 0,22	

При определении зоны инфильтрации через сутки после операции она составила  $2,6 \pm 0,21$  см, на третьи сутки она достоверно увеличилась и уже равнялась  $3,8 \pm 0,18$  см и на 6 сутки, несмотря на выполнение противовоспалительной терапии она оставалась почти на уровне размеров на 3 сутки (соответственно  $3,1 \pm 0,12$  и  $3,8 \pm 0,18$  см). При анализе результатов эхоморфометрии ран было установлено, что нагноение раны имело место у больных с более высокими величинами эхоморфометрии на 5-6 сутки что диктовало необходимость усиления антибактериальной терапии и ревизии раны в тех случаях, если на 5-6 сутки зона инфильтрации раны не снизилась в сравнении с третьими сутками.

Анализ осложнений послеоперационного периода больных острым холециститом позволил выявить осложнения у 8 больных (23,5 %). После холецистэктомии осложнения отмечены у 6 из 31 оперированного, при котором была назначена физиотерапия. У одного возникла пневмония и еще у одного на 3 сутки появилось отделяемое с примесью желчи, дренаж не удаляли, желчеистечение самостоятельно прекратилось.

После холецистэктомии сочетания с наружным дренированием при остром холецистите из 3 оперированных осложнения возникли у 2: у одного больного инфильтрат в области раны и еще у одного возник парез кишечника, который был ликвидирован медикаментозными средствами.

Все осложнения до выписки из стационара были излечены, но потребовалось более продолжительное пребывание. Так, у больных без осложнений среднее пребывание составило 7,2 койко дней, а у больных с осложнениями 15,6.

Вторую группу оперированных составили больные с хроническим калькулезным холециститом. Холецистэктомия выполнена у 43 и 3 холецистэктомия сочеталась с дренированием холедоха. Осложнения после операции возникли у 10 больных, что составило 21,3%. Характер осложнений был таким же, как и у больных с острым холециститом, преобладали раневые осложнения (нагноение раны и инфильтрат). Среднее пребывание больных в стационаре

ре без осложнений в после операционном периоде составило 7,5 койко дней, а с осложнениями 14,3 койко дней. Мы проследили динамику клинических признаков при остром и хроническом холецистите (табл. 3).

Таблица 3

**Клинические показатели больных с острым и хроническим холециститом в послеоперационном периоде.**

Показатели	Острый холецистит n-34	Хронический холецистит n-46
Нормализация температуры, сутки	4,3±0,27	2,1±0,18
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,9±0,31	3,7±0,29
Нормализация количества лейкоцитов, сутки	6,4±0,19	6,1±0,23
Частота осложнений, %	У 8 (23,5%)	У 10 (21,7%)
Среднее пребывание в стационаре сутки	10,3±0,26	8,2±0,54

Таким образом полученные результаты оперативного лечения больных острым и хроническим холециститом в условиях высокогорья показали высокую частоту послеоперационных осложнений, требующих длительного пребывания в стационаре, а следовательно и увеличение материальных затрат на их лечение.

Для улучшения результатов лечения необходимо совершенствование техники операции, разработки мер профилактики осложнений с учетом особенностей течения заболевания в условиях высокогорья, что является основанием для выполнения следующих этапов исследования.

**Литература:**

1. Данияров С.Б., Высокогорье и вегетативная нервная система [текст] / С.Б. Данияров, А.Г. Зарифьян. Ташкент: Медицина, 1977.-230с.
2. Истамбекова, Д.Н. Хроническая пневмония в горных условиях [текст] /Д.Н. Истамбекова Л: Медицина, 1979.-184 с.
3. Королев Д.А. Экстренная хирургия желчных путей / Д.А.Королев, Д.Л. Пиковский М: Медицина,2000.-212с.
4. Миррахимов, М.М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья [текст] / М.М. Миррахимов. М: Медицина, 1968.-157 с.
5. Миррахимов, М.М., Сарыбаев, А.Ш. Медицинские аспекты адаптации человека в горах [текст] / М.М. Миррахимов, А.Ш. Сарыбаев //Горы Кыргызстана Бишкек: Технология, 2001.-С.199.-225.
6. Сандаков, П.Я. Факторы операционного риска при малоинвазивной хирургии острого холецистита [текст] /П.Я. Сандаков В.А., Самарцев М.И. Дьяченко // эндоскопическая хирургия.-2005.-№1.-С.122-125.
7. Шулуток, А.М. Минимальные инвазивные операции при холедохолитиазе [текст] / А.М. Шулуток//Анналы хирургии.-2013.№1.-С.38.41.

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