

Мусаев У.С.

**ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

U.S. Musaev

**TACTICAL AND TECHNICAL SOLUTION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS**

УДК: 616/27

Даны результаты оперативного лечения 869 больных острым калькулезным холециститом. Обоснованы сроки выполнения неотложных, срочных и плановых операций. В оперативном лечении использованы традиционные доступы у 106 и минилапаротомия у 763 на основании эхоморфометрических критериев. Осложнения в ближайшие сроки выявлены у 16 (1,8 %) больных, умерла одна пациентка.

Ключевые слова: *желчный пузырь, конкременты, острое воспаление, оперативное лечение, осложнения, летальность.*

Results of surgical treatment in 869 patients with chronic calculous cholecystitis are presented. The data of fulfilling of urgent, emergency and planned operations were given proof. In surgical treatment traditional methods were used in 106 patients and minilaparotomy was used in 763 patients on the base of echomorphometric criterions. Complications in immediate period were in 16 patients (1,8 %), one patient died.

Key words: *gallbladder, concrements, acute inflammation, surgical treatment, complications, lethal outcomes.*

Желчнокаменная болезнь относится к числу довольно распространенных заболеваний во всем мире. Кроме роста заболеваемости многие исследователи отмечают и увеличение числа больных с ее осложненными формами (холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит), диагностика и лечение которых сложны [2,3]. Особое внимание в литературе уделено острому калькулезному холециститу, подлежащему оперативному лечению. Несмотря на достижения анестезиологии и реаниматологии, усовершенствования техники выполнения операции, многие тактические и технические вопросы не нашли окончательного решения [1,3,5]. До настоящего времени нет единого мнения о сроках оперативного лечения, выбора оперативного доступа и метода дренирования желчных путей. До настоящего времени остается на высоком уровне частота послеоперационных осложнений и летальности [4,6], что требует совершенствования подхода к лечению больных острым холециститом, чтобы улучшить результаты лечения.

Наше исследование направлено на поиск и внедрение тактических и технических решений в оперативном лечении больных острым калькулезным холециститом.

Цель работы: улучшить результаты оперативного лечения больных острым холециститом за счет усовершенствования тактических и технических решений.

Материал и методика исследования

Перед анализом оперированных больных в 2012-2013 годах мы проанализировали результаты операций в 2010-2011 гг. и при этом выявили ряд недоработок, которые заключались в недостаточной предоперационной подготовке, отсутствии критериев для выбора доступа, затягивании сроков операции и др. Это было учтено при лечении больных в 2012-2013 годах.

Аналізу подвергнуты больные, оперированные в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкек в период с 2012-2013 годы. Всего поступило 869 больных с острым калькулезным холециститом 869, из них женщин - 603, мужчин - 266 в возрасте от 21 до 85 лет, но большинство поступивших были старше 50 лет. Давность появления острых болей в животе была следующей: до 6 часов – 8, от 6 до 12 – 24, от 12 до 24 – 129, от 24 до 72 часов – 567 и более 72 часов – 141. Позднее поступление в стационар обусловлено тем, что больные вначале принимали обезболивающие, спазмолитические средства и лишь при резком ухудшении обращались за медицинской помощью. Немаловажное значение имели сопутствующие заболевания, которые резко изменяли проявления калькулезного холецистита и врачами первого звена своевременно не определен был истинный характер болезни, также имело значение материальное положение населения, оплата за лечение была непосильной для многих больных и они обращались в клинику лишь при резком ухудшении состояния.

Основными проявлениями острого холецистита были боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, лопатку, шею. Многократная рвота отмечена у 612, тошнота и сухость во рту – у 701, повышенная температура – у 701, вздутие живота – у 112. Напряжение мышц в правом подреберье отмечено у 692, положительный симптом Щеткина-Блюмберга – у 713. Сопутствующие заболевания выявлены у 692 поступивших.

В обследовании больных использовано УЗИ, лабораторные методы (общий анализ крови, биохимические реакции для определения функционального состояния печени и почек). УЗИ выполняли до операции и в послеоперационном периоде.

Материал и методика исследования

Перед выполненными исследованиями определен острый калькулезный холецистит, при этом при УЗИ исследовании выявлен увеличенный желчный

пузырь у 716, стенка его утолщена, в просвете наличие конкрементов различных размеров, а у 19 выявлено расширение желчных протоков и наличие конкрементов в холедохе у 12 больных, а у 201 пациента – вклинившиеся камни в пузырном протоке, у 371 – инфильтрация окружающих тканей вокруг желчного пузыря, а у 104 – наличие полоски жидкости вокруг пузыря (перивезикулярный абсцесс). Со стороны общего анализа крови у большинства (692 чел.) повышение количества лейкоцитов.

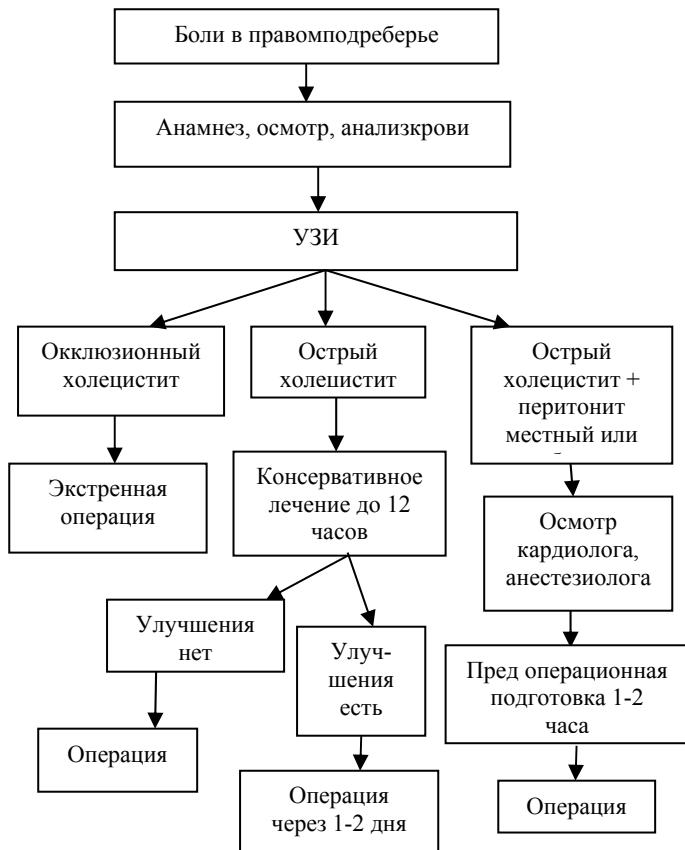


Рис. Алгоритм тактики при остром холецистите

На основании выполненных исследований нами был построен алгоритм тактики при остром холецистите (рис.), которым мы руководствовались в работе.

Мы детально пересмотрели и использовали ряд тактических и технических решений, которые позволили снизить частоту осложнений и летальности.

Так, больных с окклюзионными холециститами, если не было тяжелых сопутствующих заболеваний, операцию выполняли в первые часы поступления в стационар и при анализе морфологических результатов исследования желчного пузыря было установлено, что лишь у 1/3 больных была флегмонозная форма, а у остальных – катаральная. Этот подход существенно влиял на сроки стационарного лечения, если в контрольной группе их пребывание в стационаре составляло $8,2 \pm 0,37$ койко-дней, то в основной группе – $4,6 \pm 0,28$. Различия были существенные ($P < 0,05$).

Экстренные операции так же выполнялись нами в этой группе больных при наличии симптомов острого холецистита, осложненного местным или разлитым перитонитом с обязательной краткой временной подготовкой.

При выявлении клиники острого холецистита и наличии тяжелых сопутствующих заболеваний мы выполняли предоперационную подготовку, направленную на коррекцию нарушенных функций и обязательным выполнением оперативного лечения, так как эти больные после стихания воспалительного процесса отказываются от операции и в последующем вновь поступают с клиникой острого холецистита, но уже в более тяжелом состоянии.

Нами же пересмотрен вопрос о выборе доступа. Здесь обязательно учитывали не только расположение желчного пузыря, но и эхоморфометрические критерии и на их основании традиционная лапаротомия выполнена у 106 больных (12,2%), минидоступ использован у 763 (87,8%) и переход на конверсию отмечен у 12 больных (1,8%).

Однако мы отдаем себе отчет, что переход на конверсию не является недостатком, в нужный момент он оправдан и обоснован.

Типы операций и характер осложнений в основной группе даны в таблице.

Таблица – 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.	%	нагноение раны	инфильтрат	инфаркт миокарда	Парез кишечника	пневмония	
Холецистэктомия	768	88,4	2	3	1	2	1	9
Холецистэктомия + холедохолитотомия с дренированием по Вишневскому	43	4,9	1	1	-	-	1	3
ПоКеру	31	3,6	-	1	-	-	-	1
ХДА ^{x)}	15	1,7	-	1	-	-	-	1
ХЕА ^{xx)}	12	1,4	1	1	-	-	-	2
Итого	абс. ч.	869	7	1	2	2	2	16
	%		0,8	0,2	0,2	0,2	0,2	1,8

ХДА^{x)} – холедоходуоденоанастомоз,

ХЕА^{xx)} – холедохоеюноанастомоз

Основным оперативным вмешательством была холецистэктомия, в основном от шейки и лишь иногда от дна, а при осложнении холедохолитиазом выполнялась и холедохолитотомия с дренированием по Вишневскому или Керу. и существенно реже вы-

полняли билиодигестивные анастомозы, из них чаще ХДА и реже – ХЕА на выключенной петле по Ру.

Осложнения после операций имели место у 16 больных, что составило 1,8%. Умерла одна больная, 84 лет, которая длительное время страдала ЖКБ, атеросклерозом, КБС и сахарным диабетом. Появились боли в правом подреберье, дома получала спазмолитические средства и обезболивающие, но состояние прогрессивно ухудшалось и ее в крайне тяжелом состоянии доставили в хирургическую клинику. В результате обследования выявлен острый холецистит с явлениями местного перитонита. Проведена предоперационная подготовка и взята на операцию, хотя риск операции был велик, но воспалительные явления нарастали. При лапаротомии выявлен гангренозный перфоративный холецистит, местный перитонит. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости, но состояние больной оставалось тяжелым, внезапно снизилось артериальное давление, пульс нитевидный, диагностирован острый инфаркт миокарда и, несмотря на проводимые реанимационные меры больная умерла. Она провела в клинике одни сутки. Данное наблюдение заслуживает внимания тем, что больная пожилого возраста, у которой помимо ЖКБ были тяжелые сопутствующие заболевания и на их фоне возник деструктивный холецистит.

Таким образом, наши исследования показали, что улучшение результатов лечения больных острым

холециститом можно добиться при своевременном определении характера заболевания, своевременного адекватного оперативного вмешательства и выполнения мер, направленных на коррекцию нарушенных функций.

Литература

1. Прудков, М.И. Открытые эндоскопические операции из малых разрезов в абдоминальной хирургии [Текст] / М.И. Прудков, А.М. Шулушко, П.С. Ветшев // Хирургия. – 2007. - № 6. – С. 76-77.
2. Родионов, В.В. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) [Текст] / В.В. Родионов, М.И. Филимонов, В.М. Могучев. – М: Медицина, 2001. – 213 с.
3. Тотиков, В.З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.З. Тотиков, В.Д. Слепушкин, А.Э. Кибизова // Хирургия. – 2005. - № 6. – С. 20-23.
4. Уханов, А.П. Причины послеоперационной летальности при остром холецистите и меры по ее снижению [Текст] / А.П. Уханов, А.С. Яшина, А.И. Игнатьев // Вестник хирургии. – 2008. - № 5. – С. 76-79.
5. Яковлев, А.Ю. Инфузионная коррекция желчеоттока и эндотоксикоза у больных с механической желтухой [Текст] / А.Ю. Яковлев, В.Б. Семенов, Н.В. Емельянов // Вестник хирургии. – 2011. - № 6. – С. 23-26.
6. Fitzgibbons, R. Acute cholecystitis. Does the clinical diagnosis with the pathological diagnosis [Text] / R. Fitzgibbons, A. Tseng, H. Wang // Surg. Endoscop. – 1996. - # 10. – P. 1180-1184.

Рецензент: к.м.н., доцент Авасов Б.А.