

Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж.

ХОЛЕЦИСТИТТИН ДЕСТРУКТИВДҮҮ ТҮРҮН ОПЕРАТИВДҮҮ ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ ЖАНА КОШУМЧА ООРУЛАРДЫН МҮНӨЗҮ

Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА

U.S. Musayev, J.J. Tolorov

THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT AND THE NATURE OF THE COMPLICATIONS OF DESTRUCTIVE FORMS OF CHOLECYSTITIS

УДК:616.366-002-06-089.87

Холециститтин (флегмоналык, гангреналык) деструктивдүү түрү менен ооруган 102 бейтапты даарылоонун жыйынтыктары сунушталды. 21 бейтаптагы (20.9%) холецистэктомия салттуу лапаротомдук ыкма менен, 79 унда (77.5%) он сөөгүнүн асты аркылуу, ал эми 2 (1.9%) жогорку ортонку жол аркылуу аткарылды. Операциялар эндотрахеалдык (кекиртектин ичи аркылуу) ооруну басаңдатуу жолу менен жасалды. 98инде холецистэктомия, бирөөндө тышкы дренаждоо, ал эми бирөөндө ички дренаждоо ыкмасы менен ишке ашырылды. 15 бейтапта (14.7%) кошумча оорулар пайда болду, бирок өлүм катталган жок.

Негизги сөздөр: *өт баиштыкчасы, холецистит, деструктивдүү түрү, оперативдүү дарылоо, кошумча оорулар.*

Представлены результаты лечения у 102 больных с деструктивными формами холецистита (флегмонозный, гангренозный). Холецистэктомия у 21 (20,9%) выполнена из традиционного лапаротомного доступа, у 79 (77,5%) из минидоступа в правом подреберье, а у 2 (1,9%) из верхне-срединного доступа. Операции выполняли подэндотрахеальным обезболиванием. Холецистэктомия выполнена у 98, у 3 холецистэктомия с наружным дренированием, а у одного с внутренним дренированием. Осложнения возникли у 15 больных (14,7%) летальных исходов не было.

Ключевые слова: *желчный пузырь, холецистит, деструктивные формы, оперативное лечение, осложнения.*

Presented results of treatment in 102 patients with destructive forms of cholecystitis (phlegmonous, gangrenous). Cholecystectomy performed in 21 (20.9%) patents by traditional laparotomy, in 79 (77.5%) patents by minilaparotomy in right upper quadrant, and in 2 (1.9%) cases by upper-medial laparotomy. Surgeries performed under general endotracheal anesthesia.

Cholecystectomy performed in 98, in 3 cholecystectomy followed by external drainage of choledochus, and one case followed by internal drainage. Complications were in 15 (14.7%) patients without mortality.

Key words: *gallbladder, cholecystitis, destructive forms, surgery, complications.*

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу распространенных заболеваний во всех странах мира и Кыргызская Республика не является исключением [1,2,3].

Проблема лечения осложненных форм холецистита является актуальной, так как не смотря на разработанную технику операции и использования мер профилактики частота осложнений остается на высоком уровне [4,5].

Это обусловлено поздним поступлением больных в хирургические стационары, высоким удельным весом лиц пожилого возраста и осложненных форм холецистита, снижением иммунологической реактивности населения [6,7,8].

На протяжении многих лет вопросы лечения больных с деструктивными формами холецистита многократно обсуждались на съездах, научно-практических конференциях, конгрессах что подтверждает, большой интерес хирургов к решению этой проблемы. Неоднократно обсуждались вопросы срока операции, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, выбор доступа и разработка мер профилактики, гнойновоспалительных осложнений, которые занимают одно из ведущих мест среди осложнений. Идут поиски мер, которые бы позволили улучшить результаты лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни.

Цель работы: представить результаты традиционного подхода к лечению деструктивных форм холецистита и наметить пути профилактики осложнений.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находилось 102 больных с деструктивными формами холецистита, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1 г.Бишкек, их распределение по полу и возрасту даны в табл.1.

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		из них в возрасте						
	абс.ч.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70 лет
Женский	71	69.6	4	2	12	17	31	3	2
Мужской	31	30.4	-	-	5	14	10	1	1
Итого	102		4	2	17	31	41	4	3
%		100.0	3.9	1.9	16.7	30.5	40.2	3.9	2.9

Обращает внимание, что чаще в 2 раза поступали женщины в сравнение с мужчинами и наибольший удельный вес занимали пациенты в возрасте от 40 до 60 лет (табл.2).

Наиболее часто поступали больные со сроком заболевания более суток. Большинство из поступивших занимались лечением дома, принимали обезболивающие и спазмолитические средства и когда ухудшилось состояние они обращались к хирургу.

Таблица 2 – Сроки заболевания

Сроки	Всего	
	абс.ч.	%
До 6 часов	2	1.9
6-12 часов	12	11.8
12-24 часов	13	12.7
От 24 –до 72 часов	34	33.3
Позже 72 часов	41	40.2
Всего	102.	100.0

Из 102 больных 41 пациенты были госпитализированы позже 3х суток, что явилось причиной развития деструктивных форм холецистита. В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ) исследование функциональное состояние печени и почек (билирубин, трансаминазы, тимоловая проба, мочевины, креатинин) и УЗИ до операции с целью установления характера заболевания, а после операции для выявления осложнений. Полученные результаты обрабатывали путем вычисления относительных показателей (в %).

Желчекаменная болезнь была осложнена холедохолитиазом с развитием механической желтухи у 4 поступивших. При поступлении обращали особое внимание на выявление сопутствующих

заболеваний и при этом было установлено, что наиболее часто имели место сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь и общий атеросклероз) у 5 поступивших имело место ожирение 2-3 степени.

У одного больного выявлен хронический панкреатит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Сопутствующие заболевания выявлены у 37 пациентов, что составило 36,2 %.

Результаты и их обсуждение

После установления диагноза острый холецистит больные были оперированы подэндотрахеальным обезболиванием после кратковременной предоперационной подготовки, в которую включали в основном инфузионную терапию и спазмолитики. Необходимо отметить, что большинство больных (74 чел. 72,6%) оперированы в первые 6 часов, так как у них были выраженные симптомы раздражения брюшины и высокий лейкоцитоз.

В сроки от 6 до 24 часов оперировано 20 больных, это были пациенты за которыми мы вели наблюдение, исследовали общий анализ крови, УЗИ и у них отмечено было стихание болевого синдрома, но оставались признаки воспалительного процесса и после улучшения общего состояния они были оперированы.

Позже суток с момента поступления оперировано 8 больных это были пациенты у которых требовались дополнительные методы обследования с целью установления диагноза и выполнения инфузионной терапии и лечения сопутствующих заболеваний.

Это были лица пожилого и старческого возраста. Типы выполненных операций характер осложнений даны в таблице 3.

Таблица 3 – Типы операций и характер осложнений

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения				
	абс.ч.	%	кровотечение	желче-истечение	плеврит	нагноение раны	инфильтрат
Холецист-эктомия	98	96,2	1	2		4	3
Холецист-Эктомия +наружное дренирование	3	2,9		1	1		2
Холецист-эктомия +внутреннее дренирование	1	0,9				1	
Всего	102	100,0	1 (0,9%)	3 (2,9%)	1 (0,9%)	5 (4,9%)	5(4,9%)

Особое внимание уделено выбору доступа для выполнения холецистэктомии. Традиционный доступ был использован у 21 больного (20,6%), это были пациенты у которых при УЗИ исследовании был выявлен перивезикулярный абсцесс или местный перитонит, а у остальных больных был использован мини доступ в правом подреберье у 79 и верхнесрединный доступ у 2. Основным методом была холецистэктомия (98 человек) у 3 больных при сочетании калькулезного холецистита с холедохолитиазом после холецистэктомии, произведена холедохолитотомия с наружным дренированием, а у одного больного холецистэктомия с внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз).

С целью профилактики воспалительных осложнений назначали больным антибиотики гентамицин 80мг 3 раза в сутки или ампициллин по 500тыс ед 4 раза в сутки внутримышечно или цефазолин по 1,0 2 раза в сутки внутримышечно и через микроирригатор, которым дренировали брюшную полость вводили канамицин по 1,0 на 15-20мл новокаина два раза в сутки.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 15 больных (14,7%). Из осложнений по одному наблюдению было кровотечение и плеврит. При кровотечении выполнена повторная операция, при ревизии установлено было, что кровотечение возникло в результате соскальзывания лигатуры с пузырьной артерии, кровотечение остановлено, сгустки и жидкая кровь удалены, брюшная полость дренирована (подпеченочное пространство и малый таз), а плеврит излечен пункциями. Желчеистечение прекратилось самостоятельно, на 6 сутки страховые дренажи удалены, при УЗИ брюшной полости скопления жидкости не выявлено. У 3 было желчеистечение и по 5 случаев нагноение раны и инфильтрат в области послеоперационной раны. К моменту выписки все осложнения были излечены. Среднее пребывание в стационаре составило ... койко-дней.

Таким образом, анализ результатов лечения больных с деструктивными формами холецистита показал:

1. При гангренозном и флегмонозном холецистите использована с целью профилактики осложне-

ний внутримышечного и внутривнутрибрюшного введение антибиотиков не предотвращает возникновение осложнений.

2. При традиционном введении больных после операции осложнения составили 14,7%.

3. Анализ результатов лечения показал необходимость совершенствования мер профилактики осложнений при деструктивных формах холецистита, что является для нас основанием для разработки мер профилактики в дальнейшей работе.

Литература:

1. Дорофеев М.Е. Факторы риска, особенности клинического течения и распространенность желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста в Москве [Текст]/ М.Е. Дорофеев, Е.Д. Ли, О.О.Кузнецов// Клиническая герантология.- 2013.- №3- 4.- С. 48-57.
2. Мамакеев М.М. Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита [Текст]/ М.М. Мамакеев // Хирургия Кыргызстана.- 2008.- №1.- С. 19-25.
3. Оморов Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии [Текст]/ Р.А. Оморов, Б.А. Авазов, Р.К. Бейшенбаев // Бишкек: ОсОО «М. Maxima».- 2009.- 227с.
4. Мусаев А.И. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии [Текст]/ А.И. Мусаев, Д.В. Вишняков, Т.К. Керималиев // Методические рекомендации. Бишкек.- 2004.- 9с.
5. Lu J. Two-stage vs single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones [Text] / J. Lu // Gastroenter.- 2014.- Vol. 18, №3.- P. 3156-3166.
6. Дибиров М.Д. Особенности хирургической тактики, профилактика и лечение осложнений при остром холецистите у лиц старческого возраста [Текст]/ М.Д. Дибиров, И.Е.Родионов, А.А.Юанов// Инфекции в хирургии.- 2010.- Том 8, №2.- С. 12-15.
7. Доскалиев Ж.А. Однопортовая технология в лечении желчекаменной болезни [Текст] /Ж.А.Доскалиев, И.А.Ташев, Р.Е.Хасенов// Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал им. акад. Б.В. Петровского. – 2013.- №2.- С. 24-27.
8. Бударев В.Н. Влияние операционной травмы при холецистэктомии над течение раннего послеоперационного периода [Текст] /В.Н.Бударев //Автореф.дисс. канд. мед.наук. – Рязань: РГМУ им. И.П. Павлова.- 2010. – 23С.

Рецензент: д.м.н. Токтогулов О.Ж.