

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Мусаев У.С., Авасов Б.А., Токтосунув А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты программированного лечения 96 больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений и печеночной недостаточности использованы региональная лимфостимуляция (70 чел.) и интрапортальное введение лекарственных препаратов (14 чел.). Осложнения возникли у 3 (3,1 %), умер 1 (1,1 %).

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, программированное лечение, осложнения.

ӨТКҮР ХОЛЕЦИСТ ООРУСУ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООНУН ПРОГРАММАЛАШТЫРУУ ЫКМАСЫН КОЛДОНУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ

Мусаев У.С., Авасов Б.А., Токтосунув А.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык бейтапкана

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өткүр холецистит менен, улгайган жана карыган курактагы 96 бейтапты дарылоону программалаштыруу көрсөтүлгөн. Боордун жетишпестигин жана ириндеп-сезгенүү кабылдоолорун алдын алуу максатында регионардык лимфостимуляция жасалды (70 адамга). Кабылдоолор 3 бейтапта (3,1%), каза болгону 1(1,1%)

Негизги сөздөр: өт баштыкчасы, холецистит, дарылоону программалаштыруу, кабылдоолор.

PROGRAMMED TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLEOCYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE AGE

Musaev U.S., Avasov B.A., Toktosunov A.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Results of programmed treatment of 96 patients with acute cholecystitis in elderly and senile age are presented. In order to prevent inflammatory complications and liver failure, regional lymphostimulation (70 people) and intraportal introduction of drugs (14 people) were used. Complications occurred in 3 (3,1%), died 1 (1,1 %).

Key words: gallbladder, cholecystitis, programmed treatment, complication.

Введение.

Острый калькулезный холецистит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии [2,7]. Заболеваемость его непосредственно связана с эпидемиологией желчнокаменной болезни [6]. Несмотря на совершенствование хирургической техники показатели частоты осложнений и летальности сохраняются и в настоящее время, особенно у лиц пожилого и старческого возраста при развитии деструктивных форм заболевания [1,6,8]. Причинами являются возникающие нарушения компенсаторных механизмов

гомеостаза, развитие и прогрессирование синдрома эндогенной интоксикации [7]. С целью улучшения результатов оперативного лечения идут поиски методов лечения, которые бы воздействовали на основные звенья этиопатогенеза эндогенной интоксикации и позволили бы улучшить исходы операции.

Цель работы - дать оценку программированному методу лечения больных острым холециститом у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 96 больных пожилого (60-75 лет) и старческого

(75-90) возраста. Пожилого возраста было 66 и старческого 30. Давность заболевания колебалась от суток до двух недель. Из 96 поступивших женщин было 68 и мужчин 28.

Основными жалобами были боли в правом подреберье, нарастающая слабость, повышение температуры. При УЗИ отмечалось увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенок, наличие конкрементов в просвете желчного пузыря и у 6 – наличие конкрементов в холедохе и расширение желчных протоков.

В обследовании больных, помимо общепринятых методов использовали УЗИ до операции, в момент ее выполнения и в послеоперационном периоде. Исследовали показатели функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение.

На основании выполненных исследований у всех 96 поставлен диагноз острый калькулезный холецистит, из них у 12 (12,5%) выявлен окклюзионный холецистит, у 6 (6,25%) наличие воспалительного процесса окружающих тканей желчного пузыря, еще у 12 (12,5%) – местный перитонит и у 2(2,1%) – разлитой.

В выборе срока операции придерживались следующих положений: экстренную операцию выполняли при наличии окклюзионного холецистита, при осложнении местным перитонитом или разлитым, но с обязательной кратковременной подготовкой. При обнаружении острого калькулезного холецистита допускали наблюдение за больными на протяжении 12 часов, при нарастании симптомов – выполняли операцию, а при положительной динамике после ликвидации болевого и воспалительного синдрома выполняли операцию через 2-3 дня. Мы не выписывали этих больных, так как наш опыт показал, что у этой группы вновь наступает обострение и они поступают в более тяжелом состоянии.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, а выбор доступа определялся выявленными изменениями в желчном пузыре и окружающих тканях.

При обнаружении острого холецистита, осложненного ограниченным или разлитым перитонитом выполняли традиционную лапаротомию, а также этот доступ использовался при воспалении окружающих тканей или перивезикальном абсцессе (у 20 больных). У двоих больных при отсутствии

сопутствующих заболеваний и наличии острого холецистита произведена лапароскопическая холецистэктомия, а у остальных применен минилапаротомный доступ и из них у 3 пришлось перейти на конверсию в связи со сложностью обработки пузырного протока и артерии. У остальных пациентов удалось свободно выполнить холецистэктомию, холедохотомию (у 6), провести ревизию холедоха и у 4 наложить билиодигестивный анастомоз.

Оценку состояния степени тяжести эндотоксикоза мы проводили по критериям, разработанным у нас в клинике Рафибековым Д. С. и Вишняковым Ф.В. [5], Оморовым Р. А. и соавт [4].

При анализе клинических данных легкая степень эндотоксикоза имела место у 12 (12,5%) больных, средней тяжести у 70 (72,9%), а тяжелая у 14 (14,6%).

В послеоперационном периоде мы выполняли объем медикаментозной терапии по программе с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

При легкой степени выполняли противовоспалительную терапию (антибиотики), обезболивающие средства и инфузионную терапию, включающую обязательно гепатотропные препараты. Обычно этих средств было достаточно и ни у одного из них осложнений после операции не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило $5,8 \pm 1,12$ койко- дней.

При средней степени тяжести эндотоксикоза в момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор, через который выполняли региональную лимфостимуляцию (антибиотик цефазолин или ампициллин 1,0; гепарин 70 ед/кг веса тела; лидаза 8-12 ед; тактивин 1 мл и 0,5 % раствор новокаина 15-20 мл). Лимфотропную смесь с антибиотиком вводили 1 раз в сутки на протяжении 4-5 дней. Кроме региональной лимфостимуляции больные получали обезболивающие средства и инфузионную терапию, объем которой зависел от состояния сердечно-сосудистой системы и диуреза в течение суток. Необходимо отметить, что состояние больных постепенно улучшалось, уменьшались явления эндотоксикоза. Осложнение выявлено у одной больной (пневмония). Среднее пребывание в стационаре составило $7,4 \pm 0,47$ койко дней.

При тяжелой степени эндотоксикоза,

Таблица 1. Критерии степени тяжести эндотоксикоза

| Критерии | Степень тяжести эндотоксикоза | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|
| | легкая | средняя | тяжелая |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Клинические критерии | | | |
| Частота дыхания, в мин. | до 81 | до 25 | более 25 |
| Частота сердечных сокращений, в мин | до 100 | до 110 | более 110 |
| Артериальное давление, мм. рт. ст. | (130/80) | 110/75-100/60 | ниже 100/60 |
| Длительность заболевания, в сутках. | до 3 суток | до 7 суток | более 7 суток |
| Токсическая энцефалопатия. | Общая слабость, раздражительность | Бессонница, сонливость, чувство страха | Заторможенность, ступор |
| Диурез | Достаточный | Достаточный со стимуляцией | Олигоурия |
| Билирубин, ммоль/л | до 50 | от 50 до 100 | выше 100 |
| Лейкоцитарный индекс интоксикации | до 4 | от 4 до 6 | выше 6 |

помимо региональной лимфостимуляции, которая в этой группе проводилась 2 раза в сутки, в момент операции осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее на протяжении 4-5 суток выполняли интрапортальное введение: реополиглюкин, свежезамороженная плазма, альбумин, глюкоза с добавлением инсулина и антибиотики. После извлечения катетера из пупочной вены инфузионную терапию, в случае необходимости, выполняли внутривенно. Несмотря на тяжесть состояние больных постепенно улучшалось. Ни у одного из них нами не отмечено прогрессирование печеночной недостаточности. Осложнения имели место у троих (3,1%) больных. У одной – пневмония и еще у двоих – нагноение операционной раны. Умерла 1(1,1%) больная, она поступила с явлениями полиорганной недостаточности и погибла в первые сутки пребывания в стационаре. Среднее пребывание больных в стационаре этой группы составило $8,8 \pm 0,62$ койко дней.

Таким образом, наши исследования показали, что дифференцированный подход к выбору доступа и выполнению программированного лечения в послеоперационном периоде с учетом степени тяжести эндотоксикоза, дает возможность снизить частоту осложнений

и летальности у лиц пожилого и старческого возраста.

Литература:

1. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей[Текст]/ Р. А. Иванченкова М: Атмосфера, 2006 – 136 с.
2. Ильченко А. А. Желчекаменная болезнь[Текст]/ А. А. Ильченко М: Исукс: 199с.
3. Тимошин А. Д. Показания к вмешательствам из мини лапаротомного доступа при желчекаменной болезни[Текст]/ А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов// Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны: международ конф. М., 1995.-С. 101-103.
4. Оморев Р. А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза[Текст]/ Р. А. Оморев, Ж. Т. Конурбаева, А. Т. Усенбеков. Бишкек ОсОО “М. Maxita”, 2005 – 337с.
5. Рафибеков Д. С. Хирургический эндотоксикоз[Текст]/ Д. С. Рафибеков, Д. В. Вишняков// Хирургия Рубежа XX и XXI века: материалы 3го конгресса хирургов КР, Бишкек, 2000 - С.177-170.
6. Хоконов М. А. Свободнорадикальные процессы у больных острым холециститом[Текст]/М. А. Хоконов, Е. В. Силина, В. А. Стуин//Хирургия. - 2011 - №2. - С58-64.
7. Шестаков А. Л. Опыт выполнения операций на желчных путях из мини-лапаротомного доступа[Текст]/А. Л. Шестаков, А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1997-№4. - С. 67-69.