

УДК 616.366-002-036.11-036.12

**ОБОСНОВАНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

Э.А. Маматов, Ж.А. Алимбеков

Многопрофильная клиника «КАМЭК», г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: на рассмотрение данной темы представлены результаты оперативного лечения 300 больных с острым и хроническим холециститом. Операции выполнены из мини лапаротомного доступа. При остром холецистите из 130 пациентов у 3 был переход на конверсию, при хроническом холецистите из 170 пациентов у 2. Осложнения при остром холецистите имели место у 11 (8,5%) пациентов и при хроническом у 7 (4,1%) пациентов. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит острый, хронический, минилапаротомный доступ, осложнения, эпидуральная анестезия.

**КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫН
КЫСКА УБАКЫТТА ООРУКАНАДА ДАРЫЛООНУН НЕГИЗДЕМЕСИ**

Э.А. Маматов, Ж.А. Алимбеков

Коп тармактуу клиника «КАМЭК», Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: курч жана өнөкөт холецистит менен ооруган 300 бейтаптын операция жолу менен даарылоонун жыйынтыктары берилген, операция минилапаратомдук ыкма менен жасалган.

Курч холецистит менен ооруган 130 бейтаптын ичинен 3-дө конверсияга өтүп кетүү байкалган, өнөкөт холецистит менен ооруган 170 бейтаптын ичинен 2-дө байкалган. Ырбап кетүү курч холециститте 11 (8,5%) бейтапта жана өнөкөт холециститте 7 (4,1%) бейтапта катталган. Каза болуу катталган эмес.

Негизги сөздөр: өт кабыкчасы, курч жана онокот холецистит, минилапаратомдук баруу жолу, ырбап кетүү, эпидуралдык анестезия.

**SUBSTANTIATION OF SHORT –TERM STAY OF PATIENTS IN A HOSPITAL
WITH ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS**

E.A. Mamatov, Zh.A. Alimbekov

Multiprofile clinic KAMEK, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: given results of operative treatment of 300 patients with acute and chronic cholecystitis, operations were performed from minilaparotomic access. 3 from 130 patients with acute cholecystitis and 2 from 170 patients with chronic cholecystitis had transition to conversion. 11 patients (8.5%) with acute and 7 patients (4.1%) with chronic cholecystitis had complications. There were no fatal cases.

Key words: gallbladder, acute and chronic cholecystitis, minilaparotomic access, complications, epidural anesthesia.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) на сегодняшний день остается распространенной патологией современной плановой и экстренной хирургии. Данной патологией страдают лица как молодого, так и пожилого возраста. Статистика показывает, что подавляющую часть больных составляет женский пол. Многие исследователи отмечают значительный рост больных с осложненными формами [1,2,3]. Лечение больных с ЖКБ должно проводиться исключительно хирургическим методом, так как консервативное лечение дает лишь временное улучшение состояния. Длительное откладывание оперативного лечения часто приводит к осложненным формам ЖКБ [4].

При применении широкого лапаротомного доступа возникает большое количество осложнений в области послеоперационных ран, что является основанием для поиска альтернативных методов оперативного лечения ЖКБ [5].

В последние годы большинство исследователей свои разработки направили на поиск менее травматичных, но в то же время обеспечивающих свободное выполнение всех этапов холецистэктомии и в этом плане была разработана лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия [6,7]. Многие исследователи, применяющие минилапаротомные доступы, отмечают, что он по своей эффективности не уступает лапароскопическому [2,8,9]. В этом плане идет накопление

клинического материала и совершенствование техники операции.

Цель работы – представить результаты холецистэктомии при остром и хроническом калькулезном холецистите в стационаре с кратковременным пребыванием, с применением исключительно эпидуральной анестезии и совершенствовании этапов операции из минилапаротомного доступа, не нарушая целостности прямой мышцы живота.

Материалы и методы обследования

Под наблюдением находилось 300 больных с острым и хроническим холециститом, оперированных в период с 2014 по 2017 год в многопрофильной клинике «КАМЭК. Из числа поступивших пациентов с острым холециститом было 130 и хроническим – 170, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n=300)

Пол	Всего		из них в возрасте						
	абс. ч	%	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70
Жен.	242	80,7	3	8	37	43	61	59	31
Муж.	58	19,3	1	1	5	18	12	11	10
Итого абс. ч.	300	100,0	4	9	42	61	73	70	41
%		100,0	1,3	3,0	14,0	20,3	24,3	23,3	13,8

Хочется обратить внимание на тот факт, что женщин с этим заболеванием было в 4 раза больше, чем мужчин и большинство поступивших составили больные от 40 до 70 лет, а возраст колебался от 19 до 86 лет. Сроки заболевания при остром холецистите были от 6 часов до 5 суток, а при хроническом от одного года до 8 лет.

Основными жалобами при остром холецистите были боли в правом подреберье, многократная рвота, повышение температуры, а при хроническом больные отмечали боли в правом подреберье, частые приступы печеночной колики, после которых появлялась желтушность склер и кожных покровов, нарастающую слабость.

Обследование больных с хроническим холециститом проходило в амбулаторных условиях, а с острым холециститом – в клинике в день госпитализации. Обращали особое внимание на выявление сопутствующих заболеваний, которые чаще всего были у лиц пожилого и старческого возраста. Наиболее часто (28 чел.) имела место гипертоническая болезнь, общий атеросклероз (19 чел.), бронхолегочные заболевания (21 чел.), а другие заболевания были у единичных пациентов.

Так же при обследовании больных с острым холециститом у 4 выявлены грыжи (пупочная), при хроническом – у 11 (6,4%), что явилось основанием для выполнения симультанных операций.

Обследование больных включало детальное ознакомление с анамнезом заболевания, данные объективного обследования, анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты (билирубин, тимоловая проба, уровень трансаминаз, моче-

вина, креатинин) и основным методом диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли расположение желчного пузыря, его размеры, характер содержимого, состояние желчных протоков и состояние печени: размеры, структура.

Результаты и их обсуждение

В результате обследования из 300 пациентов с ЖКБ у 130 был выявлен острый холецистит, из них у 19 заболевание было осложнено механической желтухой и у 14 местным перитонитом. При остром холецистите мы придерживались следующей тактики: при выявлении окклюзионного конкрементом холецистита выполняли операцию в первые часы поступления. Выполняли кратковременную предоперационную подготовку (3-6 часов) и оперировали больных. Операции выполняли под эпидуральным обезболиванием. Мы отдаем предпочтение этому обезболиванию, как методу, позволяющему рано активизировать больных, что является профилактикой тромбоэмболических и легочных осложнений. Также это обезболивание обеспечивает большую стабильность сердечно-сосудистой системы, снижает риск возникновения выраженной гипертензии и сердечных аритмий. Метод способствует восстановлению пассажа по желудочно-кишечному тракту в полном объеме в более ранние сроки, уменьшает кровопотерю во время операции, так как обезболивание обеспечивает также управляемую гипотензию.

Для выполнения холецистэктомии разрез кожи осуществляли параллельно правой реберной дуге на 1 см ниже угла реберной дуги длиной 4-5 см. Затем в косопоперечном направлении рассекаем

передний листок влагалища прямой мышцы живота и апоневроз наружной косой мышцы живота. Прямую мышцу живота отводили медиально. Поперечную мышцу живота и брюшину рассекали по ходу раны.

При ушивании передней брюшной стенки применяли нити длительного рассасывания. Особое внимание уделялось восстановлению попереч-

ной мышцы живота и брюшины. Эти слои передней брюшной стенки ушивались 2-х рядными швами. Апоневроз наружной косой мышцы живота, передний листок влагалища прямой мышцы живота, подкожная жировая клетчатка и кожа восстанавливались послойно.

У 126 пациентов желчный пузырь удален от шейки и лишь у 4 от дна. Типы операции даны в таблице 2.

Таблица 2

Типы операции при остром холецистите и осложнения после операции (n-130)

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения:				всего
	абс. ч.	%	серома	гематома	нагноение раны	инфильтрат	
Холецистэктомия	115	88,5	2	2	1	2	7
Холецистэктомия+ наружное дренирование	2	1,5			1		1
Холецистэктомия+ внутреннее дренирование	13	10,0		2		1	3
Итого	130	100,0	2	4	2	3	11 (8,5%)

Из 130 пациентов у 15 холецистэктомия сочеталась с грыжесечением по поводу пупочной грыжи.

Осложнения в ближайшие сроки были у 7-х пациентов, но все они были легко устранимы. У двух больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, холецистэктомия дополнена наружным дренированием по Вишневскому. У 13 пациентов после холедохолитотомии множество мелких конкрементов было удалено, но при зондировании не было уверенности

в полной проходимости холедоха, поэтому были выполнены внутреннее дренирование (холедоходуоденоанастомоз). Всего осложнений в этой группе было 11, что составило 8,5%.

При выполнении операций при остром холецистите переход на конверсию был у 3 больных, что было обусловлено у двоих обширным воспалительным процессом у шейки желчного пузыря и у одного – выявлен перивезикулярный абсцесс. При гистологическом исследовании желчного пузыря были получены следующие формы (табл. 3).

Таблица 3

Формы острого холецистита

Формы	Всего	
	абс. ч	%
Катаральный	24	18,5
Флегмонозный	49	37,7
Гангренозный	31	23,8
Эмпиема желчного пузыря	26	20,0
Всего	130,0	100,0

Необходимо отметить, что катаральная форма обнаружена в основном при окклюзионном холецистите. Наибольший удельный вес занимала флегмонозная форма (37,7%), но часто была гангренозная форма и эмпиема желчного пузыря.

После операции уделялось особое внимание профилактике воспалительных осложнений, назначались антибиотики как цефтриаксон, ципрофлоксацин. Больных выписывали на 3-4

сутки после операции, и далее они еще 3-4 дня продолжали получать антибиотики.

Вторую группу составили больные с хроническим калькулезным холециститом, они оперированы также в день госпитализации. Типы операций даны в таблице 4.

Таблица 4

Типы операций при хроническом холецистите и характер осложнений (n-170)

Типы операции	Всего		из них возникли осложнения:			
	абс. ч.	%	гематом	нагноение ран	инфильтрат	
Холецистэктомия	164	96,5	1	1	2	4
Холецистэктомия+ наружное дренирование	2	1,2				
Холецистэктомия+ внутреннее дренирование	4	2,3		1	2	3
Итого	170	100,0	1	2	4	7 (4,1%)

В этой группе было 170 пациентов, у 2-х холецистэктомия сочеталась с наружным дренированием холедоха по Вишневскому, а у 4 с внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз), в связи с тем, что при холедохотомии удалены мелкие конкременты, большинство из которых были замазкаобразного типа. Переход на конверсию был у 2-х больных из-за сложностей раздельной обработки пузырной артерии и протока. Меры профилактики были использованы те же, что и у больных острым холециститом.

В этой группе у одной больной холецистэктомия сочеталась с пластикой влагалища, выполненной по поводу пролапса гениталий, а у 10 с грыжесечением (4 пупочная грыжа, 3 после операционная вентральная, 3 бедренная).

В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 7 (4,1%). Летальных исходов не было.

Среднее пребывание больных в стационаре при остром холецистите составило $2,8 \pm 0,17$ койко-дней, а при хроническом $2,1 \pm 0,22$.

На контрольное обследование больные являлись на 7 и 21 сутки после операции, а в дальнейшем – при необходимости.

Таким образом, наши исследования показали возможности использования эпидуральной анестезии, минилапаротомного доступа, при котором как при остром, так и хроническом холецистите дали минимальное число осложнений и переход на конверсию.

Литература

1. Бебуришвили, А.Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита [Текст] / А.Г. Бебуришвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина // Хирургия. - 2015. - №1. - С. 43-47.
2. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит [Текст] / П.С. Ветшев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2005. - №1. - С. 16-23.
3. Ермолов, А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему [Текст] / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Хирургия. - 2004. - №5. - С. 4-9.
4. Кузнецов, Н.А. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии [Текст] / Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов, А.Т. Бронштейн // Хирургия. - 2011. - №3. - С. 3-7.
5. Майстренко, Н.А. Холедохолитиаз [Текст] / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. - СПб: ЭЛБИ, 2000. - 288 с.
6. Тимербулатов В.М. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнения [Текст] / В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, А.Г. Хасанов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2009. - №1. - С. 25-29.
7. Ходаков, В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] / В.В. Ходаков, Ю.С. Рямов // Хирургия. - 2007. - №8. - С. 47-49.
8. Tyagi, N.S. A new minimal invasive technique for cholecystectomy [Text] / N.S. Tyagi, M.C. Meredith, J.C. Lumb // Ann. Surg. - 2004. - Vol. 220, #4. - P. 617-625.
9. Verma G.R. Biliary mishaps in laparoscopic cholecystectomy [Text] / G.R. Verma // Trop. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 23, #1. - P.38-40.