

**ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Т.Т. Мадалиев¹, Ч.А. Узгенова²

¹Ошский государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика

²Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

talant.madaliev@mail.ru

Аннотация. Изучены результаты повторных операций по поводу послеоперационного перитонита у 24 больных, ранее перенесших операцию холецистэктомии. Большинство изучаемых больных были старше 50 лет и имели признаки полиорганной недостаточности. Сравнительно проанализированы показатели гемодинамики, дыхания, сознания, температуры тела, перистальтики кишечника, суточного диуреза, клинические и биохимические показатели крови до и после санационной релапаротомии. Выяснено, что сроки нормализации послеоперационного общего состояния больных и показателей гемограммы и биохимии крови напрямую зависят от такого фактора, как полиорганная недостаточность. Частота послеоперационных осложнений составила 25%. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел полиорганную недостаточность: умерли 2 из 24 больных с острым осложненным холециститом, что составляет 8,3%.

Ключевые слова: острый осложненный холецистит, холецистэктомия, послеоперационный перитонит, санационная релапаротомия, полиорганная недостаточность.

**КАБЫЛДАНГАН ХОЛЕЦИСТИТТИН
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУН УЮШТУРУУ**

Т.Т. Мадалиев, Ч.А. Узгенова

Ош мамлекеттик университети,
Ош ш., Кыргыз Республикасы

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Мурда холецистэктомия операциясы жасалган 24 бейтаптын операциядан кийинки перитонит боюнча кайталанган операцияларынын натыйжалары изилденди. Изилденген бейтаптардын көбү 50 жаштан ашкан жана аларда көп органдардын иштебей калышынын белгилери болгон. Санациялык релапаротомияга чейинки жана андан кийинки гемодинамиканын, дем алуунун, аң-сезимдин, дене температурасынын көрсөткүчтөрү, ичеги-карын перистальтикасы, суткалык диурез, кандын клиникалык жана

биохимиялык көрсөткүчтөрү салыштырмалуу талданган. Оорулуулардын операциядан кийинки жалпы абалын жана гемограмма жана кан биохимиясынын көрсөткүчтөрүн нормалдаштыруу убактысы көп органдардын жетишсиздиги сыяктуу факторго түздөн-түз көз каранды экендиги аныкталды. Операциядан кийинки кабылдоолор 25% ды түздү. Операция жасалган бейтаптардын операциядан кийинки өлүмү көп органдын жетишсиздиги барларда гана байкалган: курч татаалдашкан холецистит менен ооруган 24 бейтаптын ичинен 2,3% каза болгон.

Негизги сөздөр: курч татаалдашкан холецистит, холецистэктомия, операциядан кийинки перитонит, санациялык релапаротомия, көп органдардын жетишсиздиги.

ORGANIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED CHOLECYSTITIS

T.T. Madaliev, Ch.A. Uzgenova

Osh State University,

Osh, Kyrgyz Republic

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Annotation. The results of repeated operations for postoperative peritonitis were studied in 24 patients who had previously undergone cholecystectomy. Most of the studied patients were over 50 years old and had signs of multiple organ failure. The indicators of hemodynamics, respiration, consciousness, body temperature, intestinal peristalsis, daily diuresis, clinical and biochemical blood parameters before and after rehabilitation relaparotomy were comparatively analyzed. It was found out that the timing of normalization of the postoperative general condition of patients and the indicators of hemogram and blood biochemistry directly depends on such a factor as multiple organ failure. The frequency of postoperative complications was 25%. Postoperative mortality in operated patients was observed only in those who had multiple organ failure: 2 out of 24 patients with acute complicated cholecystitis died, which is 8.3%.

Keywords: acute complicated cholecystitis, cholecystectomy, postoperative peritonitis, rehabilitation relaparotomy, multiple organ failure.

Введение. Развитие послеоперационного перитонита, развившихся после операции по поводу деструктивных заболеваний органов брюшной полости, в том числе по поводу острого холецистита считается грозным осложнением, требующим повторных оперативных вмешательств и является одним из актуальных проблем клинической хирургии, на что указывают многие авторы [1-4]. Хирургическому лечению таких больных привлекаются наиболее опытные хирурги.

Цель работы: проанализировать результаты повторных санационных операций при развитии послеоперационного перитонита у больных, ранее перенесших операцию холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Были изучены результаты эффективности санационной релапаротомии при развитии послеоперационного перитонита у 24 больных, ранее подвергавшихся операции холецистэктомии по поводу острого

осложненного холецистита. Методы исследования: общеклинические, биохимические и статистические.

Результаты и их обсуждение.

Большинство больных были старше 50 лет и имели признаки полиорганной недостаточности. У больных имело место тахипноэ (в среднем $30 \pm 3,6$ в мин), а число сердечных сокращений составлял в среднем $122 \pm 10,5$ в мин. Нужно также отметить, что у больных в возрасте больше 50 лет сознание остается несколько заторможенной, а двигательная активность кишечника слабой (табл. 1).

На 6-7-е сутки после санационной релапаротомии тахикардия и тахипноэ заметно снижаются. В эти сроки сознание больных проясняется полностью, а в возрасте больше 50 лет сознание остается несколько заторможенной, но перистальтика кишечника и температура тела на уровне $37,2 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ сохраняется.

Признаки полиурии после санационной

релапаротомии сменяются признаками гипозостенурии. У них удельный вес мочи как до, так и после санационной релапаротомии оказываются ниже нормы и это на фоне полиурии.

После санационной релапаротомии в течение недели уровень эритроцитов, гемоглобина и цветного показателя незначительно повышаются, но еще далеки от уровня нормы ($p < 0,05$ и $p < 0,05$). Показатель СОЭ во все сроки исследования остается значительно выше нормы ($p < 0,05$). Лейкоцитоз ($15,2 \pm 4,7 \times 10^9/\text{л}$) после санационной релапаротомии снижается до $10,2 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). То же самое можно сказать и в отношении нейтрофилии. Лейкоцитарный индекс интоксикации после санационной релапаротомии снижается почти вдвое ($p < 0,05$), но даже к концу срока наблюдения сохраняется повышенный лейкоцитарный индекс интоксикации (в среднем $3,2 \pm 0,2$ расч.ед., $p < 0,05$).

Таблица 1 – Клинико-лабораторные параметры ($M \pm m$) до и после повторной операции

Параметры	До повторной операции	После повторной операции (на 6-7-е сутки)
ЧД, в мин.	$28 \pm 2,2$	$24 \pm 2,1^*$
ЧСС, в мин.	$105 \pm 9,2$	$94 \pm 3,3^*$
АД, мм.рт.ст.	85-95/60-70	120/70
Сознание	Заторможенное	Ясное
Перистальтика	Отсутствует	Вялая
Температура тела	Высокая	Субфебрильная
Сут.диурез, мл/ч.	$1710 \pm 100,0$	$1150 \pm 110,5$
Уд.вес мочи	$1015 \pm 130,6$	$1016 \pm 100,8$
Эр. $\times 10^{12}/\text{л}$	$3,3 \pm 0,3$	$3,5 \pm 0,6$
Нь, г/л	$54,5 \pm 7,1$	$55,3 \pm 4,0$
ЦП, ед.	$0,6 \pm 0,01$	$0,7 \pm 0,02$
СОЭ, мм/ч.	$44,5 \pm 2,2$	$39,5 \pm 2,4^*$
Лейк. $\times 10^9/\text{л}$	$15,2 \pm 1,7$	$10,2 \pm 2,1^*$
Пал., %	$10,0 \pm 1,1$	$9,5 \pm 2,1^*$
Сегм., %	$76,4 \pm 2,0$	$66,9 \pm 2,2^*$
Лимф., %	$14,2 \pm 1,6$	$10,6 \pm 2,0$
Мон., %	$3,3 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,2^*$
Эозин., %	$2,1 \pm 0,5$	$2,4 \pm 0,6$
ЛИИ, расч.ед.	$5,1 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,1^*$

Примечание: * - достоверно в сравнении с нормой.

После санационной релапаротомии степень холемии уменьшается, но еще значительно выше нормы (таблица 2). Нужно отметить, что прослеживается повышенный уровень прямого билирубина ($p < 0,05$).

У больных активность АСТ и АЛТ до санационной релапаротомии повышена. После санационной релапаротомии на 6-7-е сутки содержание амилазы в крови у них снижается более быстрыми темпами ($p < 0,05$).

Таблица 2 – Биохимические параметры ($M \pm m$) до и после повторной операции

Показатели	До повторной операции	После повторной операции (на 6-7-е сутки)
Бил.(общ.), мкмоль/л	58,4±6,6	49,2±5,5*
Бил.(пр.), мкмоль/л	22,2±4,4*	16,1±3,5*,
Бил.(непр.), мкмоль/л	36,5±3,7*	22,5±4,5*
АСТ, ммоль/л	0,9±0,1*	0,7±0,02*
АЛТ, ммоль/л	2,5±0,2	2,2±0,02*
Белок (общ.), г/л	48,5±3,3*	55,7±4,2*
Альбум., %	29,1±11,1*	28,2±2,2
γ-глобулин, %	6,1±1,5	6,4±2,2*
Тимоловая проба, ед.	9,2±1,0*	7,2±1,5
Сулемовая проба, ед.	2,6±0,3*	2,1±0,1
Амилаза, г/час.л.	35,4±4,0*	29,5±±3,2*
Ост. N., ммоль/л	21,3±2,4	18,2±2,5*
Мочевина, ммоль/л	8,2±1,2*	5,6±0,6*
Креатинин, ммоль/л	106,2±12,5*	92,6±9,7*
Na, ммоль/л	143,2±1,4*	137,2±1,4*
K, ммоль/л	3,4±0,2	4,1±0,1*

Примечание: * - достоверно в сравнении с контролем.

Содержание общего белка в сыворотке крови, будучи сниженным до санационной релапаротомии незначительно, повышается к концу недельного срока после него ($p < 0,05$). Между тем, нарастает диспротеинемия за счет глобулиновой фракции ($p < 0,05$).

После санационной релапаротомии показатели тимоловой и сулемовой проб незначительно улучшаются ($p < 0,05$).

Аналогичная зависимость имеется и в отношении таких показателей, как содержание остаточного азота и мочевины. Показатели остаются повышенными и после санационной релапаротомии, но приобретают тенденцию к снижению. Такая же тенденция характерна и для креатинина в крови. Будучи значительно повышенным до

санационной релапаротомии, концентрация его уменьшается, но за недельный срок после санационной релапаротомии не достигает уровня нормы ($p < 0,05$).

Заключение. Сроки нормализации послеоперационного общего состояния больных и показателей гемограммы и биохимии крови напрямую зависит от такого фактора, как полиорганная недостаточность. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел полиорганную недостаточность.

Частота послеоперационных осложнений составила 25%. Анализ смертности показал, что после санационной релапаротомии умерли 2 из 24 больных с острым осложненным холециститом, что составляет 8,3%.

Литература

1. Булешов М.А., Каусова Г.К., Аширов Б.О., Илимova А.К. Структура летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и роль эндовидеохирургической технологии в ее снижении. *Вестник КазНМУ*. 2017;4:180-183.
2. Калжикеев А.М., Салибаев О.А., Калжикеев А.А., Джайлообаев Т.А., Мурзакалыков К.И., Боркошев Н.Т. и др. Пути улучшения экстренной хирургической помощи больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости. *Медицина Кыргызстана*. 2014;7:26-29.
3. Косаева С.Б., Аймагамбетов М.Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы. *Наука и Здравоохранение*. 2018;2(20):148-167.
4. Шелест В.Л., Шелест А.П., Миронов В.И. Особенности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе. *Сибирский медицинский журнал*. 2008;5:59-62.