

Суслова Елена Валентиновна – к.м.н., врач-педиатр. E-mail: ozon43@mail.ru.

Бебякина Наталья Сергеевна – к.м.н., врач-педиатр. E-mail: bebnata@mail.ru.

Рыбакова Татьяна Николаевна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: rybakovan1978@mail.ru.

Федяева Екатерина Андреевна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: fedai24@mail.ru.

Кузнецова Валентина Владимировна – аспирант кафедры педиатрии Кировской ГМА. E-mail: Doc.KSU@yandex.ru.

УДК: 616.366-002-089-008.5

Г.М. Ходжиматов, Д.О. Тен, Х.Х. Хамдамов,
Б.Б. Корабоев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

G.M. Khodjimatom, D.O. Ten, H.H. Hamdamov,
B.B. Koraboev

SURGICAL TREATMENT FOR ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Andijan state medical institute

В работе проанализированы результаты применения малоинвазивных методов лечения 141 больного острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Показана высокая эффективность возможностей малоинвазивной хирургии в лечении этой категории больных, позволяющей не только радикально излечить больных, но и значительно снизить показатели частоты осложнений и летальности и получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения в 94% наблюдений.

Ключевые слова: механическая желтуха, острый холецистит, малоинвазивная хирургия.

This work contains the analysis of the results in application of minimally invasive treatment methods of 141 patients with acute calculous cholecystitis complicated by mechanical jaundice. High effectiveness of abilities in minimally invasive interventions for the treatment of this type of patients is shown, that enables not only the radical cure of patients but also to reduce the index of complication frequency and mortality and to get good and satisfactory results in 94% of monitoring.

Key words: mechanical jaundice, acute cholecystitis, minimally invasive interventions.

Введение

Механическая желтуха является одним из наиболее грозных и частых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) и встречается у 15–35% больных [1, 4, 9], а частота развития гнойного холангита при холедохолитиазе составляет 66–88% [2, 6].

В течение многих лет хирурги прилагают усилия для разработки более эффективной помощи данной категории больных. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным и сопровождается высокой летальностью, которая среди больных с неопухоловой желтухой составляет 5,6–6,3%, а у больных с опухолевой желтухой – 30,3–33% [3, 5, 7].

Основной задачей лечения механической желтухи в ургентной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является неотложная декомпрессия билиарного тракта. Однако операции, выполняемые на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. На сегодняшний день уже ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения для экстренного разрешения гипербилирубинемии щадящих, малоинвазивных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта [8, 10].

Дальнейшее совершенствование хирургической тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, несомненно, имеет большое практическое значение.

Цель исследования: проанализировать результаты применения малоинвазивных технологий хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой.

Материал и методы

Кафедра хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе РНЦЭМПФ обладает опытом 536 малоинвазивных оперативных вмешательств при различных формах и осложнениях ЖКБ, в том числе при лечении 141 (10,6%) больного острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Средний возраст больных составил 58,4±6 года. Мужчин было 48, женщин – 93. У 124 (87,9%) пациентов причиной желтухи был холедохолитиаз, у 12 (8,5%) – изолированные стриктуры терминального отдела гепатикохоледоха и БДС, у 5 (3,5%) – сочетание холедохолитиаза со стриктурой. Гнойный холангит развился у 18 (12,7%) больных. Для диагностики внепеченочных желчных протоков на первом этапе применяли УЗИ. Конкременты гепатикохоледоха выявлены у 42 (29,8%) больных. У 121 (85,8%) пациента при УЗИ отмечалось увеличение диаметра гепатикохоледоха и расширение внутрипеченочных желчных протоков. Компьютерная томография выполнена 25 (17,7%) больным, при этом холедохолитиаз выявлен в 22 (88%) наблюдениях. На втором этапе диагностики применяли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), которая выполнена 113 (80,1%) больным в сроки от 24 до 72 часов от момента госпитализации. У 34 (24,1%) больных проводились повторные

исследования. ЭРХПГ у всех больных завершалась эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), а у 18 больных – дополнительным назобилиарным дренированием. При невозможности выполнения ЭРХПГ или при ее неэффективности 127 больным выполнено малоинвазивное вмешательство (лапароскопически или методом минилапаротомии). Для наружного дренирования гепатикохоледоха использованы способы дозированной декомпрессии желчных протоков, разработанные на кафедре.

Катаральная форма острого холецистита была в 37 (26,2%) наблюдениях, флегмонозная – в 85 (60,3%), гангренозная – в 19 (13,5%).

Результаты и их обсуждение

Тактика хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, была дифференцированной, однако преимущественно мы применяли двухэтапный способ декомпрессии и санации желчевыводящих путей. Одновременно с диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию и детоксикацию, направленную на коррекцию гомеостаза, предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

В зависимости от метода хирургического лечения больные разделены на 4 группы.

1-ю группу составили 64 больных, у которых на первом этапе была выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, позволившая радикально санировать желчевыводящие пути – удалить конкременты из гепатикохоледоха и (или) ликвидировать терминальную стриктуру, восстановить адекватный пассаж желчи и купировать механическую желтуху и приступ острого холецистита. Впоследствии все эти больные были оперированы в отсроченном порядке: 8 больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 42-м – холецистэктомия из минилапаротомного доступа (ХЭМД), 14 – ХЭМД с наружным дренированием желчных путей. Конверсия в традиционную лапаротомную холецистэктомию (ТХЭ) в связи с техническими сложностями выполнения малоинвазивной операции, обусловленными трудностью идентификации магистральных желчных протоков из-за выраженности инфилтративно-рубцовых процессов в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, потребовалась в 4 (6,25%) наблюдениях. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 (6,25%) больных: у 2 больных развился послеоперационный панкреатит, который удалось купировать консервативными мероприятиями. Еще в 2 наблюдениях отмечалось длительное (до 6 суток) желчеистечение, купировавшееся самостоятельно. Летальных исходов в этой группе не было.

2-ю группу составили 43 пациента, которым на первом этапе выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, однако в связи с прогрессированием острого холецистита больные были оперированы в экстренном порядке. 18 больным выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, 25 – ТХЭ с холедохолитотомией и наружным дренированием гепатикохоледоха. Послеоперационные осложнения имели место у 2 (4,7%) больных. У 1 больного была частичная несостоятельность холедоходуоденоанастомоза с желчеистечением по дренажу, кото-

рое самостоятельно прекратилось к 8-м суткам, и у 1 больного развился послеоперационный панкреатит, который был купирован консервативными мероприятиями. Летальные исходы наступили у 2 (4,6%) больных старческого возраста от ТЭЛА и острого нарушения мозгового кровообращения.

3-ю группу составили 26 пациентов, которым не удалось выполнить ЭРХПГ, манипуляция оказалась неэффективной или вызвала осложнения. У 4 больных в этой группе развился панкреонекроз, у 2 больных – корзинка Дормиа застряла в холедохе. Все больные были оперированы в экстренном порядке: в 20 случаях была выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и дренированием гепатикохоледоха, в 6 случаях была конверсия в ТХЭ с дренированием желчных путей. В послеоперационном периоде отмечено 3 (11,5%) летальных исхода – у 1 больного с панкреонекрозом, у 2 – в связи с прогрессированием печеночно-почечной недостаточности.

4-ю группу составили 8 больных с явлениями разлитого желчного перитонита, которые были оперированы традиционным способом. Послеоперационные осложнения в этой группе развились у 3 (37,5%) больных. Нагноение послеоперационной раны возникло у 1 больного, желчеистечение по дренажу – у 1 (самостоятельно прекратилось на 5–6-е сутки после операции), подпеченочный абсцесс – у 1 больного, который был излечен пункционно-дренирующим методом под контролем УЗИ. Летальные исходы отмечены в 2 (25%) наблюдениях, причинами их явилось прогрессирование холангита и печеночной недостаточности.

Общая летальность при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, составила 4,25% (6 случаев). После ЛХЭ и ХЭМД послеоперационных осложнений со стороны раны мы не наблюдали ни у одного больного.

Таким образом, дифференцированная лечебно-диагностическая тактика с использованием двухэтапного метода декомпрессии и санации желчевыводящих путей при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, является наиболее рациональной, что подтверждается значительным сокращением числа осложнений и снижением послеоперационной летальности.

Выводы

1. Комбинация ЭРХПГ и ЭПСТ с последующим малоинвазивным вмешательством (ЛХЭ, ХЭМД) является наиболее рациональной хирургической тактикой у больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, позволяющей снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

2. При невозможности выполнения ЭПСТ (протяженная стриктура в терминальном отделе общего желчного протока, интрадивертикулярное расположение БДС), а также при трудностях удаления конкремента эндоскопическим способом (крупный камень) для разрешения билиарной гипертензии показана ХЭМД с холедохолитотомией и наружным дренированием гепатикохоледоха.

Список литературы

1. Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М., Исоев А.О., Даминова Н.М. Хирургическое лечение больных с

осложненными формами желчнокаменной болезни. Вестник хирургии. 2007. Том 166. № 2. С. 68–71.

2. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. СПб.: Эскулап, 1997. 150 с.

3. Глушков Н.И., Мосягин В.Б., Верховский В.С. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 2010. № 10. С. 53–58.

4. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 175 с.

5. Клименко Г.А. Холедохолитиаз, диагностика и оперативное лечение. М.: Медицина, 2000. 223 с.

6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В. и др. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Хирургия. 1995. № 1. С. 23–25.

7. Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.Б., Хошимов М.А. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. Вестник хирургии. 2007. Том 166. №3. С. 66–69.

8. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile ductstones in a rural area of the United States. Results of a survey. Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. № 4. P. 577–579.

9. Pring C.M., Skelding-Millar L., Goodall R.J.R. Expectant treatment or cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years old. Surg. Endosc. 2005. Vol. 19. № 3. P. 357–360.

10. Wang Y.-C., Yang H.-R., Chung P.-K. et al. Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: timing does not influence conversion rate. Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. № 5. P. 806–808.

Сведения об авторах

Ходжиматов Гуломидин Минходжиевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней факультета усовершенствования врачей АндГосМИ. E-mail: prof.hodjimatov@mail.ru.

Тен Дмитрий Олегович – ассистент кафедры хирургических болезней факультета усовершенствования врачей АндГосМИ. E-mail: dten81@mail.ru.

В.В. Шипицына, Е.А. Мухачева, Е.В. Жолобова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПОСЛЕ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

Кировская государственная медицинская академия

V.V. Shipitsyna, E.A. Mukhacheva, E.V. Zholobova

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER COPD IMMUNIZATION FLU

Kirov state medical academy

Цель исследования – оценить качество жизни больных ХОБЛ после иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол».

Обследованы 96 пациентов с ХОБЛ, средний возраст – 42,5±6,8 года, средняя продолжительность ХОБЛ – 14,2±4,9 года. При оценке качества жизни больных ХОБЛ использованы опросники SF-36 и SGRQ. Качество жизни больных ХОБЛ по данным опросника SF-36 после проведения вакцинации достоверно выше, чем до ее проведения по всем шкалам, отражающим физическое состояние и психосоциальный статус, кроме показателей социальной адаптации и психического здоровья (p>0,05). По данным опросника SGRQ, после проведения вакцинации выявлено улучшение показателей качества жизни по всем шкалам (p<0,05).

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии на качество жизни больных ХОБЛ иммунопрофилактики гриппа вакциной «Гриппол».

Ключевые слова: иммунопрофилактика гриппа, ХОБЛ, качество жизни.

The purpose of the study – to evaluate the quality of life of COPD patients after immunization influenza vaccine «Grippol».

The study included 96 patients with COPD, mean age 42,5±6,8 years, mean duration of COPD – 14,2±4,9 years. In assessing the quality of life in patients with COPD used questionnaires SF-36 and SGRQ. Quality of life in patients with COPD according to the questionnaire SF-36 after vaccination was significantly higher than before the event on all scales, reflecting the physical condition and psychosocial status, except for indicators of social adaptation and mental health (p>0,05). According to the questionnaire SGRQ, after vaccination showed improvement in quality of life on all scales (p<0,05).

The findings suggest that the positive impact on quality of life in patients with COPD immunization influenza vaccine «Grippol».

Key words: immunoprophylaxis flu, COPD, quality of life.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важных проблем современной медицины. Это обусловлено высокой распространенностью, смертностью и инвалидизацией данного заболевания. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 600 млн. больных ХОБЛ, ежегодно