

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ВОЛДЕ ТЕСФАЙЕ

*Витебский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии*

Резюме. Приведены результаты лечения хронического холецистита у 54 больных в возрасте от 60 до 85 лет. Из них 41 (75,92%) женщина и 13 (24,07%) мужчин. Из 54 человек хронический калькулезный холецистит имелся у 52-х (96,29%), некалькулезный – у 2-х (3,7%) пациентов. Холедохолитиаз выявлен у 17-ти человек (31,48%), стриктура большого дуоденального соска (БДС) – у 1-го (1,8%), механическая желтуха у 12-ти больных (22,22%), холангит – у 3-х (5,5%). Холецистэктомия выполнена у всех больных и дополнена холедохолитотомией у 17-ти (31,48%), различными видами наружного дренирования протока – у 20-ти (37,04%).

Ключевые слова: хронический холецистит, калькулезный холецистит, холецистэктомия, холедохотомия, сопутствующие заболевания.

Abstract. The results of treatment of 54 patients with chronic cholecystitis aged from 60 to 85 years were analyzed. Out of 54 elderly and old patients there were 41 (75,92%) females and 13 (24,07%) males. Chronic calculous cholecystitis was revealed in 52 (96,29%) patients, acalculous cholecystitis – in 2 patients (3,7%). Choledocholithiasis was revealed in 17 (31,48%) patients, stricture of the major duodenal papilla (MDP) – in 1 case (1,8%), mechanical jaundice – in 12 (22,22%) patients, cholangitis – in 3 (5,5%). Cholecystectomy was performed in all patients; it was supplemented with choledocholithotomy in 17 (31,48%) and different types of external drainage of the duct – in 20 (37,04%) patients.

Заболеваемость желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом и количество связанных с ними осложнений увеличивается. На сегодняшний день она достигает 40% среди заболеваний желудочно-кишечного тракта.[1,2]. Ею страдают 10-12 % населения мира, причем имеется тенденция к ежегодному увеличению. Не уменьшается и доля осложненных форм хронического холецистита, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста.

Несмотря на некоторые положительные результаты консервативного лечения хронического калькулезного холецистита, основным методом лечения является хирургический.

Тактика хирурга при оперативных вмешательствах у лиц пожилого и старческого возраста должна основываться на глубоком знании возрастных особенностей функциональных и метаболических сдвигов, которые определяют специфику реакций организма в старости на опера-

тивное вмешательство, наркоз, реанимацию, особенности регенерации тканей, течение послеоперационного периода. В старости наступает гибель значительного числа рецепторов, ослабляются рефлекторные ответы органов и тканей. В связи с этим часто ряд патологических процессов, даже при острых состояниях, протекает бессимптомно, появляются запущенные формы заболевания. Для пожилых и старых людей характерны затяжные, медленно восстанавливающиеся реакции гемодинамики, дыхания, пищеварения. Это во многом определяет длительность восстановления функций после оперативных вмешательств.

Методы

Мы наблюдали 54 больных от 60 до 85 лет с хроническим холециститом. Среди них мужчин – 13 (24,07%), женщин – 41 (75,92%). Из 54 больных 52 (96,29%) страдали хроническим калькулезным холециститом, 2 (3,70%) бескаменным хроническим холециститом.

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии – Волде Тесфайе

Диагностику хронического холецистита осуществляли на основании данных клинико-лабораторного, эндоскопического, ультразвукового исследований. Ультразвуковое исследование брюшной полости выполнялось на аппаратах SL-2 и фирмы «Siemens» (датчики 3,5 МГц, секторальное и дуплексное сканирование) и SDU-500A фирмы «Shimadzu» (линейное, трапециевидное сканирование с датчиками 3,75 МГц). Изучали функцию внешнего дыхания, выполняли бактериологические и гистологические исследования удаленного желчного пузыря и его содержимого. Всем больным проводилась предоперационная коррекция водно-электролитных нарушений, нормализация сердечно-сосудистой и дыхательной систем и их санация в течение 6-7 дней.

У всех больных была выполнена традиционная холецистэктомия (табл.1). В качестве оперативного доступа у больных со слабовыраженной подкожной жировой клетчаткой, при наличии перитонита или холецистопанкреатита, чаще применялась верхняя срединная лапаротомия у 48 (88,88%).

У остальных 6 (11,11 %) с успехом применяли косые и комбинированные разрезы по Ко-

херу, по Федорову, обеспечивающие оптимальный доступ к желчевыводящим путям и создающие удобства для дренирования брюшной полости.

Результаты и обсуждение

При ультразвуковом сканировании обнаружены конкременты в желчном пузыре у 52 (96,29%) больных.

Клинически у всех больных наблюдались постоянные боли в правом подреберье и в эпигастриальной области. Тошнота была у 30 (55,5%), рвота - у 18 (33,33%), желтушность склер и кожного покрова - у 12 (22,22%), повышение температуры тела выше 38 °С - у 3 (5,55%), у 20 больных наблюдалось учащение пульса от 90-110 ударов в минуту и выше. Артериальное давление (А\Д): систолическое - от 120-220 мм рт.ст., диастолическое - от 60 до 110 мм рт.ст.

Картина периферической крови характеризовалась умеренным лейкоцитозом с нейтрофильным сдвигом влево. Содержание общего билирубина в крови составило от 22,3 до 350 мкмоль/л, преобладал непрямой билирубин. У 35 (64,81%) больных давность заболевания

Таблица 1

Характер проведенных оперативных вмешательств

Операция	Кол-во больных	%
Холецистэктомия (ХЭ)	54	100
ХЭ + холедохолитотомия	17	31,48
ХЭ+ холедохотомия	2	3,7
ХЭ+папиллосфинктеротомия	1	1,81
ХЭ+ холедоходуоденоанастомоз	8	14,81
Х.Э.+дренирование холедоха по Вишневскому и др.	20	37,07

Таблица 2

Заболевания при хроническом холецистите у лиц старше 60 лет

Нозологическая форма	Кол-во больных	%
Хронический калькулезный холецистит (ХКХ)	20	37,03
ХКХ + холедохолитиаз+Мех. Желтуха	12	22,22
ХКХ+ холангит	3	5,55
ХКХ + холедохолитиаз	5	9,13
ХКХ +грыжа (пупочная, паховая и др.)	6	11,11
ХКХ +хронический панкреатит	4	7,40
ХКХ +стриктура дуоденального сосочка	1	1,85
ХКХ +узловой эутириодный зоб	1	1,85
Хронический некалькулезный холецистит	2	3,70
Всего	54	100

Таблица 3

Характер и частота сопутствующей патологии у людей пожилого и старческого возраста, больных хроническим холециститом

Сопутствующие заболевания	1 группа (от 60 – 74 лет)	%	2 группа (выше 75 лет)	%
ИБС, кардиосклероз	10	18,5	4	7,40
Гипертоническая болезнь	4	7,40	1	1,85
Заболевания легких	8	14,8	2	3,70
Сахарный диабет	2	3,70	-	-
Ожирение	3	5,55	-	-
Пиелонефрит	1	1,85	-	-
Прочие	5	9,25	2	3,70

ния составила 2-10 лет. Длительно существующий калькулезный холецистит у 20 больных сопровождался холедохолитиазом (табл. 2).

При подозрении на холедохолитиаз, т.е. при наличии приступов боли, сопровождающихся желтухой, явлениями панкреатита, повышением уровня билирубина в крови, повышением уровня амилазы крови, щелочной фосфатазы и при интраоперационных признаках холедохолитиаза, расширение гепатикохоледоха более 10 мм в диаметре, при наличии многочисленных и мелких (3 мм и менее) камней в желчном пузыре, было произведено 10 (18,5%) интроскопических холангиографий, с последующим дренированием гепатикохоледоха у 20 (37,03%) пациентов.

Папиллосфинктеротомию (ПСТ) мы выполняли по общепринятым показаниям достаточно ограниченному количеству пациентов - 1 (1,85%) больному, исходя из того, что ПСТ разрушает сфинктеральный аппарат и способствует развитию рефлюкс-холангита и панкреатита. У 8 больных (14,81%) выполнен холедоходуоденоанастомоз.

В качестве сочетанных операций у больных были выполнены: резекция 2/3 желудка - 1 (1,85%) больной, грыжесечение по поводу паховых, пупочных, послеоперационных вентральных грыж у 6 (11,1%) больных.

У больных имелись сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС), кардиосклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы, мочекаменная болезнь (МКБ) и др. (табл.3).

По нашим данным, 96,29% случаев хронического холецистита явилась желчнокаменная болезнь. После операции летальных исходов не было.

Таким образом, тщательная предоперационная подготовка, направленная на лечение сопутствующих заболеваний, и операция в холодном периоде, позволяют снизить послеоперационную летальность при хроническом холецистите у больных пожилого и старческого возраста, а, следовательно, предотвратить развитие деструктивного холецистита и его осложнений.

Литература

1. Опыт лапароскопической холецистэктомии при калькулезном холецистите А.Д. Мясников, А. И. Бежин, А.А. Бондарев и др. // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 2000. - N11. - С. 24-27.
2. Смирнов Е.В. Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях. М.: Медицина 1976. - С. 20-34.
3. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С. Л. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 2001. - N3. - С.15-18.
4. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., и др. // Журнал хирургии им. Н.И. Пирогова. - 1999. - N2. - С. 29-62.
5. Гришин И.Н. Холецистэктомия: Практическое пособие. - Мн.: вышэйшая школа, 1989. - 219с.
6. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. - Уфа: БГМУ, 1997. - 219 с.
7. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. - М.: Медицина, 1987.
8. Хирургия печени и желчевыводящих путей / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.. - Киев, 1993. - С.236-320.

Поступила 20.12.2001 г.

Принята в печать 10.01.2003 г.