

Никонов П.В., Никонова Е.А.
**ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ
УЗИ - КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Муниципальная больница №1 г. Новотроицк,
Оренбургская обл.*

Имеющиеся сегодня показатели послеоперационной летальности при остром холецистите (ОХ) во многом зависят от результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска, доля которых неуклонно увеличивается, достигая 60-70%. В хирургическом плане достаточно четко определилась значимость малоинвазивных методов топической диагностики, санации и дренирования очагов инфекционно-воспалительной деструкции. Эффективным методом купирования приступа ОХ является превентивная санационная декомпрессия желчного пузыря методом чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХЦС) под контролем УЗИ.

Цель: Оценить эффективность ЧЧХЦС под контролем УЗИ в лечении ОХ у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: Анализировано лечение 212 больных ОХ в возрасте от 60 до 89 лет, составивших 64,5% от общего числа поступивших. Мужчин было 28 (13,2%), женщин 183 (86,8%). Позже 24 часов на стационарное лечение поступило 292 (72,6%) больных по причине поздней обращаемости. Катаральный холецистит был выявлен в 25(6,2%) случаев, флегмонозный-304(75,4%), гангренозный-74(18,4%). Тяжесть основного заболевания усугублялась наличием от 2 до 7 сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистой системы в 83%, легких-25%, сахарный диабет-14% и др.). Диагностику ОХ и оценку функционального состояния организма при поступлении и в процессе лечения проводили на основании комплексных клинико-лабораторных данных (лейкоцитарный индекс интоксикации-ЛИИ, индекс резистентности организма-ИРО, индекс сдвига лейкоцитов крови-ИСЛК) и результатов исследований на ультразвуковой диагностической системе Lodgig 500 (GE USA) конвексным датчиком 3,5МГц. ЧЧХЦС накладывали под местной анестезией в условиях операционной по стандартной методике датчиком с пункционной насадкой иглой 14G с мандреном и катетером диаметром 3мм. После наложения ЧЧХЦС проводили комплексную терапию острого холецистита в сочетании с местным лечением. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная)-106 больных, которым проводилось традиционное хирургическое лечение с предварительной консервативной терапией. Вторая группа –106 больных с превентивно наложенной декомпрессивной ЧЧХЦС и последующим комплексным лечением.

Результаты: Анализ клиники, первичных и контрольных изображений в каждом конкретном случае позволил проследить состояние больного и динамику воспалительных изменений в желчном пузыре и окружающих тканях и органах. Среди больных (контрольной) группы в срочном порядке оперировано 27

больных (25,5%), умер 1 больной. В первые сутки операцию проводили лишь по поводу разлитого перитонита или прогрессирующего холангита. У 33 (31%) больных не удалось добиться стихания острого воспаления консервативными мероприятиями, они были оперированы на 2-3 сутки после поступления в стационар, 4 из них умерли. У 46 (43,5%) больных операцию проводили на 4-10 сутки после стихания приступа и предоперационной подготовки. Летальных исходов в этой группе не было. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста составила 4,8%.

60 пациентам из второй группы в связи с тяжелым состоянием, обусловленным основным и сопутствующими заболеваниями, ЧЧХЦС для декомпрессии желчного пузыря были наложены в первые сутки, т.к. выполнение радикальной холецистэктомии представляло большую опасность для жизни. У 46 пациентов, в связи с сохраняющейся опасностью проведения радикальной операции и отсутствием эффекта от консервативной терапии ЧЧХЦС наложена на 2-3 сутки. В этой группе умер один больной от прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности. Летальность составила 0,94%. Большинство больных уже в первые часы после холецистостомии отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома и защитного напряжения мышц живота, улучшение дыхательной экскурсии диафрагмы и легких, уменьшение явлений интоксикации. На 3-5 сутки снизился лейкоцитоз до нормальных показателей (при поступлении лейкоцитоз составлял $12,5 \pm 2,8 \times 10^9$, а к 3-5 суткам $5,2 \pm 2,6 \times 10^9$), по дренажу начинала выделяться чистая желчь. Эхографические признаки деструкции воспаленной стенки желчного пузыря в условиях стойкой декомпрессии у 98 пациентов регрессировали на 3-4 сутки, а через 7-10 суток уже не определялись. Основными ультразвуковыми признаками были: уменьшение размеров желчного пузыря, толщины его стенки, лучшая визуализация элементов гепато-дуоденальной связки. У 4% больных ЧЧХЦС, несмотря на застывшую УЗ-картину в течение 3-4 дней, дала возможность подготовить их к операции. Осложнение в виде желчного перитонита было одно: подтекание желчи между дренажом и пункционным каналом печени в результате закупорки дренажа мелким конкрементом и песком. Произведена срочная операция. Анализируя динамику клинико-лабораторных показателей у больных после пункции желчного пузыря, можно отметить, что на следующий день после ЧЧХЦС показатели оставались без изменений или улучшались у 103 пациентов. И только у 3 пациентов отмечено ухудшение показателей. Подобная закономерность остается до 3-х суток после дренирования. К 5-7-м суткам показатели сравнялись с нормативными: ЛИИ колебался в пределах 0,4 – 1,8, ИРО повышался до 166 – 199, ИСЛК снижался до 1,8 - 1,0. Таким образом, на 6-7 сутки после пункции желчного пузыря у больных ОХ отмечается улучшение показателей, что может быть основой выбора оптимальных сроков оперативного лечения. Из 106 больных, которым произведена ЧЧХЦС, радикально оперировано в плановом порядке 54 пациента. 26 пациентов от операции отказались, мотивируя свой отказ полным благополучием, отсутствием бо-

лей в правом подреберье. Остальным отказано в оперативном лечении в связи со стиханием воспалительных явлений и наличием веских противопоказаний

Выводы: Широкие лечебные и диагностические возможности ЧЧХЦС под контролем УЗИ, относительная ее безопасность позволяет эффективно применять этот метод у больных ОХ пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Возможность быстрой ликвидации воспалительного очага, объективной оценки состояния желчевыводящих путей, прогнозирования течения патологического процесса позволяет определить оптимальные сроки последующего оперативного вмешательства, снизить его опасность, а в ряде наблюдений отказаться от операции.