

И.А. Ольховский, Ю.Б. Бубаев, А.Н. Плеханов, А.И. Товаршинов, Л.В. Борбоев,
А.А. Виноградов

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В статье представлена хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, пункция, острый холецистит

TREATMENT OF THE ACUTE CHOLECYSTITIS

I.A. Olkhovsky, J.B. Bubaev, A.N. Plekhanov, A.I. Tovarshinov, L.V. Borboev,
A.A. Vinogradov

Railway clinical hospital on a station Ulan-Ude, Ulan-Ude
Buryat state university, Ulan-Ude

In article surgical tactics is submitted at acute calculosis cholecystitis in patients of elderly and senile age.

Key words: ultrasonic research, puncture, acute cholecystitis

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным National Institutes of Health (1999) желчнокаменной болезнью страдает 10–15 % взрослого населения. Острый холецистит в структуре оказания экстренной медицинской помощи населению Республики Бурятия занимает второе место (14,5 %), уступая только острому аппендициту [1]. Основным методом лечения острого калькулезного холецистита остается оперативный. Развитие современных медицинских технологий позволяет применять малоинвазивные методики в лечении острого холецистита. Учитывая большой удельный вес больных пожилого, старческого возраста, почти всегда имеющих тяжелую сопутствующую патологию, высокий операционный и анестезиологический риск, несогласие порой на экстренную операцию пациента и родственников, альтернативой становится лечебная пункция желчного пузыря под контролем ультразвукового датчика.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ в 2007 году на стационарном лечении находилось 77 больных острым холециститом, 46 (59,7 %) из них оперировано, в 2008 году — 47 пациентов, из них 26 (55,3 %) оперировано, в 2009 году — 100 больных, из них 62 (62 %) оперировано. С апреля 2007 года 15 (6,7 %) пациентам с острым холециститом применялся пункционный метод лечения. У всех больных при ультразвуковом исследовании диагностировался острый калькулезный обтурационный холецистит (рис. 1). Женщин было 4 (26 %), мужчин — 11 (74 %). Возраст больных составил $77 \pm 9,5$ — от 63 до 97 лет. У всех пациентов имелась сопутствующая патология в стадии субкомпенсации, декомпенсации — хроническая ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, артериальная гипертензия

3 стадии, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, гемипарезы, хронические обструктивные заболевания легких, дыхательная недостаточность, дисциркуляторная энцефалопатия 2–3 степени, сахарный диабет 2 типа. Сроки заболевания до госпитализации составляли от 24 часов до 4 суток. У 5 больных острый холецистит осложнился механической желтухой. У 7 больных по данным ультразвукового исследования отмечался паравезикальный слой жидкости толщиной от 2 до 4 мм.

Клинические проявления острого холецистита — сильные боли в эпигастриальной области, правом подреберье, тошнота, многократная рвота пищей и желчью, иктеричность склер, кожных покровов, общая слабость, гипертермия до 38–39 °С.

Скрининг включал лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, диастаза мочи, билирубин с фракциями, трансаминазы, ГГТП, щелочная фосфатаза, диастаза, протромбиновый индекс), ультразвуковое исследование, эзофагогастродуоденоскопия, электрокардиография, обзорная рентгенография грудной клетки, брюшной полости. Больные консультировались терапевтом, кардиологом, неврологом, эндокринологом. Консервативное лечение включало в себя инфузионную терапию, спазмолитики, анальгетики, антибиотики, коррекцию сопутствующей патологии. При ультразвуковом исследовании оценивались размеры желчного пузыря, толщина его стенок, характер содержимого, обтурация в шейке желчного пузыря, наличие перивезикальной жидкости, ширина холедоха, состояние поджелудочной железы.

Пункция выполнялась в кабинете инвазивного УЗИ в отделении функциональной диагностики под контролем ультразвукового датчика в положении больного на спине. После обработки кожных по-

кровов под местной инфильтрационной анестезией выполнялась пункция иглой в правом подреберье, по краю реберной дуги, в проекции желчного пузыря (рис. 1). Удалялось содержимое желчного пузыря (рис. 2) — $75 \pm 23,2$ мл от мутной желчи до гноя с ихорозным запахом. Содержимое сразу отправлялось на бактериологическое исследование — на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Санация проводилась 0,5% раствором новокаина, 0,02% раствором хлоргексидина до чистых вод, после чего вводили антибиотики в полость желчного пузыря — гентамицин, линкомицин. В 90 % случаев высевалась кишечная палочка.

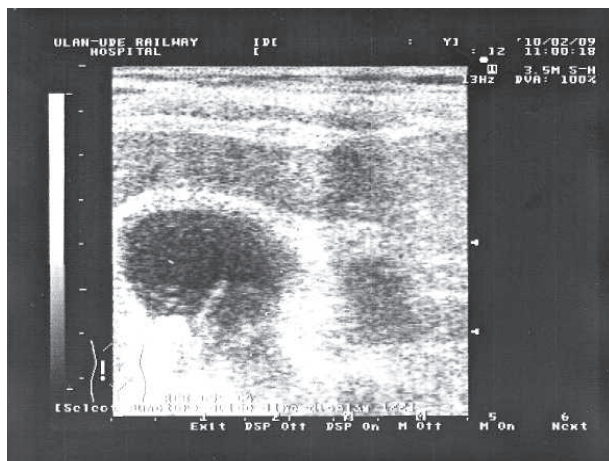


Рис. 1. Пункционная игла в просвете желчного пузыря.

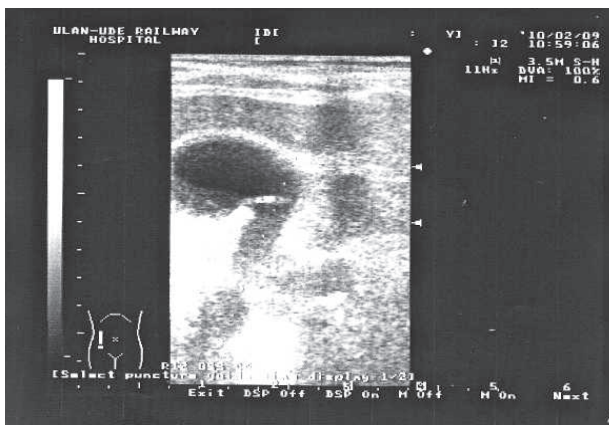


Рис. 2. Уменьшение размеров полости желчного пузыря во время пункции.

На следующий день проводился ультразвуковой контроль. При этом отмечалось уменьшение размеров желчного пузыря (рис. 3). Субъективно больные отмечали снижение болевого синдрома, нормализацию температуры, отсутствие рвоты. В

13 (86,6 %) случаях однократная пункция желчного пузыря и консервативная терапия купировала явления острого холецистита.

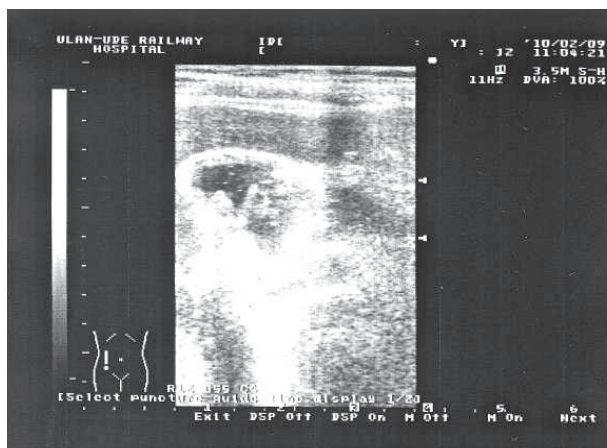


Рис. 3. УЗИ-картина на первые сутки после лечебной пункции.

У 2 пациентов потребовалось выполнение 4 и 2 пункции соответственно, что также позволило добиться купирования острого воспаления. В 1 случае пункция эффекта не принесла — на операции — гангренозный холецистит. Желтуха купировалась вместе с явлениями острого воспаления.

Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Срок госпитализации составил $10 \pm 3,8$ койко-дня. При контрольном ультразвуковом исследовании перед выпиской отмечалось уменьшение размеров желчного пузыря, толщины стенки.

ВЫВОДЫ

Острый калькулезный холецистит у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией требует дифференцированного подхода в лечении. Лечебная пункция желчного пузыря у данной категории больных является малоинвазивным методом лечения, снижает стоимость курса лечения, летальность при остром калькулезном холецистите, позволяет выполнить оперативное вмешательство в плановом порядке при компенсации сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плеханов А.Н. Хирургическая служба Республики Бурятия. — 2008. — С. 10 — 13.
2. Современные технологии в хирургии, травматологии, онкологии и урологии // Сб. науч. тр. — Воронеж, 2008. — С. 150.

Сведения об авторах

Ольховский И.А. — ст. преп. кафедры факультетской хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета (670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а; тел.: 8 (3012) 21-15-80, факс: 8 (3012) 21-05-88; e-mail: univ@bsu.ru)

Плеханов Александр Николаевич — главный хирург Республики Бурятия, д.м.н., профессор (670001, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительства, 1, Министерство здравоохранения Республики Бурятия; тел.: 8 (3012) 55-11-61, 21-49-20; e-mail: plehanov.a@mail.ru)

Виноградов А.А. — МУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО РЖД» (670002, Улан-Удэ, ул. Комсомольская, 16; тел. 8 (3012) 28-24-39)