

# Острый гангренозный калькулезный холецистит в сочетании с механической желтухой у пациентки 93 лет

В.П.Кочуков, Е.Г.Островерхова,  
А.А.Ложкевич, Е.Ю.Адеева, И.А.Казьмин,  
А.Л.Лозоватор

ФГБУ Объединенной больницы  
с поликлиникой Управления Делами  
Президента РФ

В клиническом наблюдении описан случай успешного лапароскопического разрешения механической желтухи и гнойного холангита на фоне острого гангренозного калькулезного холецистита у больной 93 лет. Комплексная антибактериальная терапия и своевременное оперативное вмешательство привели к выздоровлению больной.

*Ключевые слова:* острый холецистит, гнойный холангит, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическое дренирование холедоха, долгожители.

## Acute gangrenous calculous cholecystitis associated with mechanical jaundice in 93 years old patient

V.P.Kochukov, E.G.Ostroverhova, A.A.Loikovich,  
E.Yu.Adeeva, I.A.Kazmin, A.L.Loizovator  
Joint hospital and polyclinic of the Executive  
Office of President of the Russian Federation

Clinical case of successful laparoscopic treatment of mechanical jaundice and purulent cholangitis against the background of acute gangrenous calculous cholecy-

stitis in 93 year old female patient is presented. Complex antibacterial and modern surgical treatment resulted in recovery of this long-living patient.

*Key words:* acute cholecystitis, purulent cholangitis, laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic drainage of choledoch, long-livers.

В последнее время отмечен значительный рост случаев заболевания острым холециститом в сочетании с механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста. Механическая желтуха при остром холецистите встречается у 21,3–55,4% больных. У этой категории больных острый калькулезный холецистит довольно часто сочетается с патологией сердечно-сосудистой системы, и именно сердечная недостаточность в той или иной степени выраженности определяет тяжесть состояния этих больных. Осложнения в послеоперационном периоде составляют 8–30%, летальность при осложненных формах холецистита 8–12% [1–3].

В настоящее время значительные успехи эндохирургии достигнуты в лечении больных с острым холециститом, осложненного механической желтухой у пациентов старших возрастных групп [4].

В соответствии с решениями Международной конференции по геронтологии (Ленинград, 1962), семинара по охране здоровья пожилых и старых людей и преждевременного старения, созданного Европейским региональным бюро ВОЗ (Киев, 1963), пожилой возраст – от 60 до 74 лет, старческий возраст – от 75 до 89 лет, долгожители – 90 и более [5]. В литературе приводится мало клинических наблюдений острого гангренозного калькулезного холецистита в сочетании с механической желтухой у долгожителей. На наш взгляд представляет определенный клинический интерес приводимое наблюдение острого гангренозного калькулезного холецистита, в сочетании с механической желтухой у пациентки 93 лет, у которой в лечении были использованы миниинвазивные технологии.

Больная П., 93 лет (1917 г. рождения), поступила в отделение реанимации 12.06.2011 через сутки с момента заболевания. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Жалобы на боли в животе, рвоту желчью, повышение температуры тела, озноб (триада Шарко). В сборе анамнеза активно помогала дочь больной. В анамнезе в 2003 г. наложена холецистостома по поводу острого калькулезного холецистита.

Кожные покровы и склеры желтушной окраски. В легких ослабленное дыхание, ЧДД – 23 ударов в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, пульс – 85 ударов в минуту, АД – 70/40 мм рт. ст.

### Сведения об авторах:

**Виктор Петрович Кочуков** – д.м.н., зав. хирургическим отделением ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

**Островерхова Елена Георгиевна** – к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог, зав. отделением ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

**Ложкевич Александр Александрович** – врач-хирург хирургического отделения ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

**Адеева Екатерина Юрьевна** – врач-эндоскопист, зав. отделением ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

**Казьмин Иван Аркадьевич** – к.м.н., врач-хирург хирургического отделения ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

**Лозоватор Александр Леонидович** – врач-патологоанатом ФГБУ Объединенной больницы с поликлиникой Управления Делами Президента РФ

(пентада Рейнолдса – гипотония, помрачение сознания). Язык сухой, чистый. Живот поддут, при пальпации мягкий, резко болезненный в правом подреберье, здесь же напряжение и пальпируется увеличенный желчный пузырь, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень увеличена на 4–6 см, выступает из под края реберной дуги, печеночная тупость сохранена. Перистальтика вялая, был самостоятельный стул обычной окраски, больная мочилась самостоятельно.

В общем анализе крови обращает на себя внимание лейкоцитоз до 19,7 Ед/л, палочкоядерный сдвиг – до 26%, повышение общего билирубина – до 108 мкмоль/л (прямой – 72,8, непрямой – 35,2), АСТ – 309,3 Ед/л (N – 5,0–42,0), АЛТ – 286,0 Ед/л (N – 5,0–40,0), щелочная фосфатаза – 279 Ед/л (N – 32–92), гамма-ГТ – 214,0 Ед/л (N – 5,0–29,0).

Больная госпитализирована в реанимационное отделение, где параллельно проводимой инфузионной терапии были проведены диагностические исследования. При УЗИ брюшной полости (в палате), признаки острого калькулезного холецистита, желчный пузырь размером 77×40 мм с перегибом в шейке, стенки утолщены до 3,5 мм, в просвете множественные мелкие конкременты до 6 мм, холедох до 6–7 мм.

Больной при поступлении в связи с заторможенностью и подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения выполнено КТ головного мозга, при этом острых очаговых образований в веществе головного мозга не выявлено.

На основании клинико-лабораторных данных и данных УЗИ брюшной полости выставлен диагноз: желчнокаменная болезнь, обострение хронического калькулезного холецистита, механическая желтуха, холангит. Назначена комплексная инфузионная, антибактериальная терапия в условиях реанимационного отделения. На фоне лечения отмечена положительная динамика, включающаяся в себя стабилизацию гемодинамики, снижение билирубина, лейкоцитоза, нормализацию температуры тела и улучшение сознания больной. Однако на 5-е сутки отмечено появление выраженного болевого синдрома в правом подреберье, повышение билирубина до 119,2 мкмоль/л (прямой – 78,8, непрямой – 40,4), нарастание признаков интоксикации. Ситуация расценена как вклинение конкремента в большой дуоденальный сосочек, больной выполнена эзофагогастродуоденоскопия, при которой отмечены признаки разрыва большого дуоденального сосочка с активным поступлением мутной желчи. Учитывая признаки острого калькулезного холецистита, механической желтухи и холангита, решено выполнить миниинвазивное оперативное вмеша-

тельство, лапароскопическую холецистэктомию, дренирование холедоха по Холстеду для разрешения желтухи и купирования гнойного холангита.

17.06.2011 под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду дренирование брюшной полости. Во время операции был выявлен острый воспалительный процесс в желчном пузыре, перивезикальный абсцесс, при вскрытии просвета пузыря протока был удален конкремент, спускающийся в просвет холедоха, после чего появилась гнойная желчь из холедоха. Установлен дренаж холедоха по Холстеду, выполнено дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде была продолжена антибактериальная терапия, по дренажу из холедоха активно поступала сначала мутная гнойная желчь до 300–500 мл/сут, затем характер отделяемого стал светлым, на третьи сутки больная самостоятельно удалила дренаж холедоха.

При нормализации клинико-биохимических показателей на 5-е сутки после операции выписана домой. При контрольном УЗИ брюшной полости: холедох гомогенный, свободной жидкости в подпеченочном и поддиафрагмальном пространстве не выявлено. Швы сняты на 8-е сутки в амбулаторных условиях.

Гистологическое заключение: острый гангренозный калькулезный холецистит. Флегмонозно-гнойный перихолецистит.

Таким образом, у больной 93 лет с острым деструктивным холециститом, гнойным холангитом и механической желтухой (с пентадой Рейнолдса), благодаря использованию миниинвазивных технологий, удалось добиться выздоровления. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует возможность выполнения лапароскопических вмешательств у долгожителей.

#### Литература

1. Савельев В.С., Филимонов М.И. Лечение больных острым холециститом. М: Актуальные вопросы практической медицины. 1997; 242–248.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста. Хирургия. 2001; 9: 30–31.
3. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 2005; 6: 20–23.
4. Токин А.Н., Чистяков А.А., Мамалыгина Л.А., Желябин Д.Г., Осокин Г.Ю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом. Хирургия Журнал им. Н.И.Пирогова N 11 С.26–30.
5. Кукош М.В., Власов А.П. Острый холецистит. Москва. Наука. 2009; 307.