

УДК: 616.366-002-089-053.9

DOI: [10.52754/16948610_2026_1_6](https://doi.org/10.52754/16948610_2026_1_6)

**ИССЛЕДОВАНИЕ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОЖИЛЫХ
И СТАРЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

КУРЧ ХОЛЕЦИСТИТ ЖАНА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ МЕНЕН ТАТААЛДАНГАН
ХОЛЕЛИТИАЗ МЕНЕН ООРУГАН УЛГАЙГАН ЖАНА КАРТАН БЕЙТАПТАРГА
ХИРУРГИЯЛЫК КИЙЛИГИШҮҮНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫН ИЗИЛДӨӨ

A STUDY OF THE RESULTS OF SURGICAL INTERVENTION IN ELDERLY AND
GERIATRIC PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY ACUTE
CHOLECYSTITIS AND CHOLEDOCHOLITHIASIS

Токтосунов Арсен Сапарбекович

Токтосунов Арсен Сапарбекович

Toktosunov Arsen Saparbekovich

д.м.н., И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

м.и.д., И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Doctor of Medical Sciences, Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaeva

arsen_toktosunov@mail.ru

ORCID: 0000-0002-6320-3249

Абдиев Аллан Асыгалиевич

Абдиев Аллан Асыгалиевич

Abdiev Allan Asygalievich

д.м.н., Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

д.м.н., профессор, Ошский государственный университет

Dr. Professor, Osh State University

allan.abdiev@mail.ru

ORCID: 0000-0003-0267-5127

Мамашарипов Кылычбек Мамадалиевич

Мамашарипов Кылычбек Мамадалиевич

Mamasharipov Kylychbek Mamdalievich

д.м.н., Ошский государственный университет

м.и.д., Ош мамлекеттик университети

Doctor of Medical Sciences, Osh State University

kylych103@gmail.com

ORCID: 0009-0004-6853-0668

Анаркулов Талант Нематович

Анаркулов Талант Нематович

Anarkulov Talant Nematovich

преподаватель, Ошский государственный университет

окутуучу, Ош мамлекеттик университети

Lecturer, Osh State University

tanarkulov@oshsu.kg

ORCID: 0009-0004-9639-3677

Камчиев Келдияр Акбаралиевич

Камчиев Келдияр Акбаралиевич

Kamchiev Keldiyar Akbaralievich

преподаватель, Ошский государственный университет

окутуучу, Ош мамлекеттик университети

Lecturer, Osh State University

Keldiar1988@gmail.com

ORCID: 0009-0002-5640-4066

Шакиров Акылбек Шаирбекович

Шакиров Акылбек Шаирбекович

Shakirov Akylbek Shairbekovich

преподаватель, Ошский государственный университет

окутуучу, Ош мамлекеттик университети

Lecturer, Osh State University

ldoc.shakirov@gmail.com

ORCID: 0009-0004-0398-9050

Кутуев Жаныбек Акунович

Кутуев Жаныбек Акунович

Kutuev Janibek Akunovich

к.м.н., Ошский государственный университет

м.и.к., Ош мамлекеттик университети

Candidate of Medical Sciences, Osh State University

Jkutuev1987@mail.ru

ORCID: 0009-0000-0788-0723

ИССЛЕДОВАНИЕ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Аннотация

Актуальность. В статье представлены результаты хирургического лечения 42 пациентов пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью, осложнённой острым калькулёзным холециститом и холедохолитиазом. Проанализированы сроки госпитализации, клинические особенности течения заболевания, структура сопутствующей патологии, объём предоперационной подготовки и тактика хирургического вмешательства. Установлено, что у пациентов старших возрастных групп клиническая картина острого холецистита отличается стёртостью местных симптомов при выраженной интоксикации и высокой частоте сопутствующих заболеваний. Своевременная кратковременная предоперационная подготовка и дифференцированный выбор сроков операции позволяют снизить риск послеоперационных осложнений. Внедрение современных методов диагностики и лечения улучшило результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста, а также современным подходом к диагностике этих осложнений является оценка общего состояния пациента, это позволяет выбрать оптимальный метод лечения: лапароскопический или лапаротомный. Несмотря на преимущество лапароскопической холецистэктомии ее далеко не всегда можно выполнить у лиц старшего возраста из-за наличия сопутствующих заболеваний, так как наложение пневмоперитонеума оказывает отрицательное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную систему за счет повышенного давления в брюшной полости.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит, холедохолитиаз, пожилой и старческий возраст, оперативное лечение

Курч холецистит жана холедохолитиаз менен татаалданган холелитиаз менен ооруган улгайган жана картан бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүнүн натыйжаларын изилдөө

A study of the results of surgical intervention in elderly and geriatric patients with cholelithiasis complicated by acute cholecystitis and choledocholithiasis

Аннотация

Макалада курч калькулёздүү холецистит жана холедохолитиаз менен татаалдашкан өт таш оорусу менен ооруган 42 улгайган жана улгайган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары келтирилген, ооруканага жаткыруу убактысы, оорунун клиникалык өзгөчөлүктөрү, коштолгон патологиянын структурасы, операцияга чейинки даярдыктын көлөмү жана хирургиялык тактикалар талданган. Улгайган курактык топтордогу пациенттерде курч холециститтин клиникалык көрүнүшү жергиликтүү симптомдордун өчүрүлүшү менен белгилүү интоксикация жана коштолгон оорулардын жогорку жыштыгы менен айырмаланат. Операцияга чейинки кыска мөөнөттүү даярдык жана операция убактысын дифференцияланган тандоо операциядан кийинки татаалдашуу коркунучун азайтат. Диагностикалык жана дарылоонун заманбап методдорун киргизүү улгайган жана улгайган курактагы бейтаптарды оперативдүү дарылоонун натыйжаларын жакшыртты, ошондой эле бул кыйынчылыктарды диагностикалоонун заманбап ыкмасы пациенттин жалпы абалын баалоо болуп саналат, бул дарылоонун оптималдуу ыкмасын тандоого мүмкүндүк берет: Лапароскопиялык же лапаратомиялык. Лапароскопиялык

Abstract

Relevance. The article presents the results of surgical treatment of 42 adult and elderly patients with cholelithiasis complicated by acute calculous cholecystitis and choledocholithiasis, analyzes the timing of hospitalization, clinical features of the disease, the structure of concomitant pathology, the amount of preoperative preparation and surgical tactics. The clinical picture of acute cholecystitis in patients of older age groups is characterized by pronounced intoxication with the disappearance of local symptoms and a high incidence of concomitant diseases. Short-term preoperative preparation and differentiated timing of surgery reduce the risk of postoperative complications. The introduction of modern diagnostic and treatment methods has improved the results of surgical treatment of elderly and senile patients, as well as the modern method of diagnosing these complications is to assess the general condition of the patient, which allows you to choose the optimal treatment method: laparoscopic or laparotomy. Despite the advantages of laparoscopic cholecystectomy, it cannot be performed in the elderly due to the presence of concomitant diseases, since the use of pneumoperitoneum has a negative effect on the cardiovascular and respiratory systems due to increased intra-abdominal pressure.

холецистэктомианын артыкчылыгына карабастан, аны улгайган адамдарда коштоочу оорулардын болушунан улам жасоо мүмкүн эмес, анткени пневмоперитонеумдун колдонулушу ичтин басымынын жогорулашынан жүрөк-кан тамыр жана дем алуу системасына терс таасирин тийгизет.

Ачык сөздөр: өт-таш оорусу, курч калькулёздуу холецистит, холедохолитиаз, улгайган жана карылык курак, хирургиялык дарылоо.

Keywords: Gallstone disease, acute calculous cholecystitis, choledocholithiasis, elderly and senile age, surgical treatment.

Введение

Увеличение количества больных пожилого и старческого возраста в структуре населения обуславливает особый интерес исследователей к выявлению особенности течения заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, так как с увеличением количества населения старшей группы, отмечается и рост заболеваемости среди этой категории больных. Особый интерес представляют острые хирургические заболевания, после операции по поводу которых наблюдается более высокий процент осложнений и летальности (Ризаев 2023, с. 307-313).

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остаётся одной из наиболее распространённых хирургических патологий органов брюшной полости у лиц старших возрастных групп. С увеличением продолжительности жизни возрастает число пациентов пожилого и старческого возраста с осложнёнными формами заболевания, такими как острый калькулёзный холецистит и холедохолитиаз. Современным подходом к диагностике этих осложнений является оценка общего состояния пациента, это позволяет выбрать оптимальный метод лечения: лапароскопический или лапаротомный. Несмотря на преимущество лапароскопической холецистэктомии ее далеко не всегда можно выполнить у лиц старшего возраста из-за наличия сопутствующих заболеваний, так как наложение пневмоперитонеума оказывает отрицательное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную систему за счет повышенного давления в брюшной полости. Рецидивный холедохолитиаз не является редкостью и требует современного подхода в его лечении с включением эндоскопических и лапароскопических методов вмешательств. У этой категории больных очень важно определить характер патологии, так как у пожилых очень быстро, в сравнении с молодыми, развивается деструктивный процесс, что приводит к развитию осложнений особенно такого, как разлитой перитонит (Гаврильев, 2011, 24с.). У данной категории больных течение воспалительного процесса имеет ряд особенностей: высокая частота деструктивных форм, склонность к генерализации инфекции, быстрое развитие сепсиса и полиорганной недостаточности. Существенную роль в прогнозе заболевания играет выраженная коморбидность — наличие артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронических бронхолегочных заболеваний и сахарного диабета, поэтому выбор рациональной хирургической тактики у лиц старшего возраста с учетом сопутствующей патологии остается актуальным и до настоящего времени до конца не решенным (Оморов и др., 2019, с. 147-150).

Однако, выполненные операции даже с использованием малотравматичных малоинвазивных методов не предотвращают возникновение послеоперационных осложнений, которые наблюдаются у 15-50% оперированных больных, а летальность достигает 12-15% (Клименко, 2012, с. 256). Все это в целом является основанием для совершенствования методов оперативного лечения у пожилых, направленных на снижение частоты осложнений и летальности. Также необходимо отметить, что у пожилых имеет большое значение ведение послеоперационного периода, который не менее важный, чем выполнение операции, оно должно включать лечение сопутствующих патологий совместно с врачами кардиологом и терапевтом, коррекцию метаболических нарушений и лечение основного хирургического заболевания (Abdiev и др. 2024, с. 153–157).

Однако к настоящему времени не определено достаточно четко влияние сроков госпитализации больных, выбора срока оперативного лечения, необходимого для установления характера заболевания, выбора оптимального доступа для выполнения операции

у лиц пожилого и старческого возраста, длительности и объёма предоперационной подготовки с учетом основного и сопутствующего заболевания и ведение послеоперационного периода, эти вопросы не нашли окончательного решения.

В условиях старения населения Кыргызской Республики проблема оптимизации хирургической тактики при осложнённой ЖКБ у лиц старших возрастных групп приобретает особую актуальность.

Цель исследования — оценить клинико-хирургические особенности и результаты оперативного лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ЖКБ, осложнённой острым холециститом и холедохолитиазом.

Материал и методы исследования. С острой клиникой желчнокаменной болезни и холедохолитиаза всего за период 2023-2025гг выполнения данной работы к нам в клинику ОМОКБ хирургического отделения, поступили всего 42 пациента пожилого и старческого возрастов, что составило 20,6%, от числа всех наблюдаемых пациентов с острой хирургической патологией. Из 42 пациентов у 37 был острый калькулезный холецистит, а у пятерых он сочетался с холедохолитиазом, из них пожилого возраста 33 пациента, старческого 9 пациентов, среди них мужчин 18, женщин 24.

В исследование использовалась возрастная классификация ВОЗ: молодой 25-44, средний 44-60, пожилой 60-75, старческий 75-90 и долгожители старше 90. В данном исследовании анализируются заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

Методики обследования больных пожилого и старческого возраста. При поступлении пациентов в стационар выясняли жалобы, срок появления первых признаков заболевания, какими сопутствующими заболеваниями страдает и какое получал лечение. Определяли гемодинамические показатели, тщательный осмотр живота, определение симптомов, характерных для патологии, с которой поступил больной. Обязательно выполняли ЭКГ, консультацию терапевта, кардиолога, а при необходимости эндокринолога.

Лабораторные исследования включали общий анализ крови с вычислением ЛИИ по Кальф-Кальфу Я. Я (1941), свертываемость крови и показатели функционального состояния печени и почек (общий белок, билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, мочевины и креатинин) по общепринятым методам исследования.

В процессе сбора анамнеза заболевания нами установлены временной континуум начало заболевания до поступления в клинику (таблица 1) при остром холецистите.

Таблица 1. Сроки поступления больных от начала заболевания пожилого и старческого возраста с острым холециститом (n-42)

| Сроки | Пожилой n-33 | Старческий n-9 | Всего |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| | абс. ч | абс. ч | абс. ч |
| До 6 часов | 2 | 1 | 3 |
| От 6 до 12 часов | 2 | 1 | 3 |
| От 12 до 24 часов | 10 | 2 | 12 |
| От 24 до 72 часов | 12 | 2 | 14 |

| | | | |
|---------------|----|---|----|
| Позже 3 суток | 7 | 3 | 10 |
| Всего больных | 33 | 9 | 42 |

Анализ сроков поступления лиц пожилого возраста позволил установить, что в течение первых 12 часов от начала заболевания были госпитализированы лишь 4 пациента. Основная масса больных поступила в стационар в промежутке от 1 до 3 суток после появления симптомов. При этом 24 пациента были доставлены спустя более чем 3х суток. Такая же динамика наблюдается и у пациентов старческого возраста.

При поступлении определены характер сопутствующих заболеваний и степень их компенсации, так как их характер и степень тяжести необходимо учитывать при выборе срока и объема операции. Характер сопутствующих заболеваний дан в таблице 2.

Таблица 2 – Характеристика сопутствующих заболеваний у больных пожилого (n-33) и старческого возраста (n-9) при остром холецистите.

| Заболевания | Пожилой (n-33) | Старческой (n-9) |
|-------------------------|----------------|------------------|
| | абс. ч | абс. ч |
| Гипертоническая болезнь | 13 | 5 |
| КБС | 6 | 4 |
| Сахарный диабет | 3 | 2 |
| ОХЗЛ | 3 | 3 |
| Пиелонефрит | 2 | 3 |
| Железодефицитная анемия | 3 | 2 |
| Гепатит | 2 | 2 |

Среди лиц обеих групп, наиболее часто выявляли ГБ и КБС, так же нередко обнаруживали хронические бронхолегочные заболевания. Среди лиц пожилого возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 51, что составило 89,5%, среди лиц старческого возраста сопутствующие заболевания имели место у 24 из 26, что составило 92,4%.

При поступлении учитывали клиническое проявление острого холецистита (таблица 3). Они довольно многообразны, но их выраженность была иной. При осмотре больных обращала на себя внимание тяжесть общего состояния, обусловленная интоксикацией, а местные изменения были выражены слабо. Так напряжение мышц брюшной стенки имело место редко у пожилых, а у больных старческого возраста еще реже при том, что это были пациенты, поступившие с деструктивными формами острого холецистита. При анализе результатов лейкоцитарной формулы обнаружено увеличение количества палочкоядерных клеток. А при наличии сопутствующих заболеваний проявление, а вернее, острота признаков слабая. Здесь необходимо УЗИ, которое дает возможность определить характер основного заболевания.

Анализируя семиотику острого холецистита, мы отметили не четкое проявление напряжения мышц передней брюшной стенки. Количество лейкоцитов увеличивается незначительно, в лейкоцитарной формуле отмечается увеличение палочкоядерных клеток. Необходимо отметить, что все перечисленные признаки характерны для острого холецистита, нужно анализировать с учетом сопутствующих патологий.

Таблица 3 – Семиотика острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

| Признаки | Пожилой n-33 | Старческий n- 9 |
|---|-----------------|--------------------|
| Боль в правом подреберье | 30 | 7 |
| Боль по всему животу | 3 | 2 |
| Однократная рвота | 12 | 1 |
| Множественная рвота | 18 | 4 |
| Задержка стула и газов | 17 | 5 |
| Положительный симптом Щеткина-Блюмберга | 21 | 4 |
| Напряжение мышц бр.стенки | 28 | 3 |
| Повышение температуры > 38° С | 22 | 4 |
| Лейкоциты 10 ⁹ /л > 12 | 28 | 3 |

Результаты и обсуждение. При поступлении пациенты были консультированы кардиологом и терапевтом, а при наличии сахарного диабета с эндокринологом. Бригада врачей с хирургом, анестезиологом, кардиологом определяли объем предоперационной подготовки, метод обезболивания, выбор доступа и объем оперативного вмешательства.

Предоперационная подготовка включала коррекцию нарушенных функций организма, сопутствующих заболеваний, детоксикационную и противовоспалительную терапию. В до и операционном периоде выполняли назначение кардиолога, это в основном препараты для коррекции артериального давления и нарушений сердечного ритма. Обязательно включали инфузионную терапию для ликвидации эндотоксикоза и гепатотропные препараты (гастрал, эссенциале), при любом виде острого холецистита наблюдается дисфункция печени, что требует проведения коррекционной терапии. Кроме того, были назначены витамины в комплексе и разнообразные растворы электролитов. Предоперационная подготовка, ее объем и продолжительность определялось состоянием пациентов, но нужно отметить, что в любом случае даже при явных признаках перитонита необходимо проводить кратковременную подготовку. Операции проводили в различные сроки, они зависели от остроты и клинических признаков воспаления желчного пузыря. Эти сроки операции у больных обеих групп представлены в таблице 3.

При выраженных симптомах острого холецистита операция проводилась в первые 6 часов при наличии симптомов раздражения брюшины, но при этом обязательно выполняли хорошую кратковременную предоперационную подготовку. В группе пожилых было 3 больных, а среди лиц старческого возраста 2. Если у больных обнаруживали признаки перитонита, то стремились с операцией не затягивать время, так как у лиц, старшего возраста быстро нарастает деструктивный процесс с генерализацией инфекции и развитием сепсиса и полиорганной недостаточности.

Таблица 3. – Сроки операции с момента поступления в клинику больных пожилого (n-33) и старческого (n-9) возраста

| Сроки операции | Пожилой | Старческий |
|-------------------|---------|------------|
| | n-33 | n-9 |
| | абс. Ч | абс. ч |
| До 6 часов | 3 | 2 |
| От 6 до 12 часов | 3 | 2 |
| От 12 до 24 часов | 11 | 1 |
| От 24 до 72 часов | 9 | 1 |
| Позже 3 суток | 7 | 3 |
| Всего больных | 33 | 9 |

В течение первых суток с момента поступления оперированы больные, у которых динамическое наблюдение показало нарастание признаков острого холецистита и появлялись симптомы раздражения брюшины.

Наибольшую группу среди оперированных составили пациенты, которым операция произведена от 1 до 3 суток. Это были больные, у которых удавалось добиться компенсации сопутствующих заболеваний, ликвидации явлений интоксикации, но оставались признаки наличия воспалительного процесса в желчном пузыре и конкрементов.

Особую группу составляли больные с окклюзионным холециститом, при этой форме ЖКБ отмечается выраженный болевой синдром и очень быстро возникает деструктивный процесс. Поэтому эту группу больных оперировали после кратковременной предоперационной подготовки. И лишь у небольшой группы больных операция выполнена позднее 3 суток. Это были больные, у которых удалось ликвидировать интоксикацию и воспалительный процесс, но они в прошлом отмечали частые приступы печеночной колики, а при УЗИ обнаруживали конкременты и воспалительный процесс.

Немаловажное значение имеет выбор доступа. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 29 из 42 больных. Это были больные со сроком заболевания не больше 3х суток при отсутствии симптомов раздражения брюшины и выраженной интоксикации, компенсации сопутствующих заболеваний. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по методике (Майстренко и др., 2010, С. 71-77), который имеет большой опыт выполнении этих операций. Суть операции заключалась в следующем: под эндотрахеальным наркозом, при расположении пациента на спине с сведёнными ногами, после тщательной обработки операционного поля антисептическим раствором, создавался карбоксиперитонеум с помощью иглы Вериша через трансумбиликальный разрез. Затем устанавливался 10 мм троакар, через который вводился эндовидеолапароскоп. Далее проводилась ревизия брюшной полости для оценки возможности удаления желчного пузыря. Для этого под контролем лапароскопа устанавливали три дополнительных троакара: один — 10 мм в эпигастральной области, ближе к круглой связке печени, второй — 5 мм ниже реберной дуги, на 2-3 см по среднеключичной или передподмышечной линии, третий — 5 мм по передней аксиллярной линии справа. Стол, на котором выполнялась лапароскопия, изменяли в положение Фовлера с углом наклона 20-30° и пациент был перевёрнут на левый бок. При выявлении спаек вокруг желчного пузыря их рассекали, освобождая пузырь от сращений, после чего с помощью электрокоагулятора и диссектора выделялись элементы треугольника Кало, применяя методику «хобот слона» с

рассечением брюшины в области шейки пузыря и поэтапным гемостазом. Затем скелетировали пузырную артерию и пузырный проток с последующим клиппированием (две клипсы проксимально и одна дистально на пузырный проток, по одной клипсе на артерию с обеих сторон), после чего пересекались ножницами между клипсами. Далее выполняли удаление желчного пузыря с коагуляцией его ложа. В процессе операции орошали подпечёночное и надпечёночное пространство озонированным хлоридом натрия. Извлечение удалённого желчного пузыря производилось через эпигастральную рану от троакара. После этого осуществлялся контроль за гемостазом и отсутствием холестаза. При необходимости в подпечёночное пространство устанавливался микроирригатор через 5 мм порт в правом подреберье, который фиксировался. Троакары удалялись под контролем камеры. Завершающим этапом была удаление камеры после панорамного осмотра брюшной полости. Раны ушивались и дренировали резиновой полоской

Осложнения после операции отмечены у двух больных: по одному наблюдению инфильтрат в области троакарной раны и желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно на 5 сутки, а у остальных течение после операции было без осложнений.

У 13 больных из 42 холецистэктомия выполнена из мини лапаротомного доступа, из них у 2х в момент операции потребовалось расширить оперативный доступ, возникла необходимость выполнения холецистэктомии в сочетании внутренним дренированием в связи с выявлением холедохолитиаза. Частота и характер осложнений после операции, выполненной через лапаротомный доступ, представлены в таблице 4.

Таблица. 4 – *Типы операции и характер осложнения при лапаротомной холецистэктомии*

| Тип операции | Всего больных | из них возникли осложнения | |
|--|---------------|----------------------------|-----|
| | | нагноение раны | ОИМ |
| Холецистэктомия (мини лапаротомного доступа) | 13 | 1 | 1 |
| Холецистэктомия +наружное дренирование | 3 | 1 | |
| Холецистэктомия +внутреннее дренирование | 2 | 1 | |

После проведения операции через лапаротомный доступ осложнения развились у 3 пациентов; по одному случаю осложнения были зарегистрированы после операции наружного и внутреннего дренирования холедоха, холецистэктомии. Большинству пациентов (16 чел.) выполнена была ретроградная холангиография. Из 13 больных, у которых выявлен конкремент в холедохе проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию и у 8 из них она удалась, конкременты отошли, желтуха и боли исчезли и больные выписались в удовлетворительном состоянии, но у 1 больной, в послеоперационном периоде развилась панкреонекроз, который явился причиной смерти.

Под наблюдением находилось 31 больных с рецидивом холедохолитиаза, что составило 15,2% к числу всех наблюдаемых. Из них 21 пожилого и 10 старческого возраста, женщин 18, мужчин 13.

Необходимо отметить, что все они многократно амбулаторно и стационарно получали лечение, направленное на улучшение функции печени и всем ставили диагноз постхолецистэктомический синдром, а в последнее время боли в правом подреберье усилились, появилась желтуха, повысилась температура и они были направлены на стационарное обследование для выявления причины и характера осложнения, возникшего после холецистэктомии в отдаленные сроки.

Из анамнеза установлено, что операция по поводу калькулезного холецистита была выполнена от 4 месяцев до 15 лет тому назад. Причем у 14 из 31 отмечали, что операция не принесла исчезновения болевого синдрома и уже в ближайшие месяцы наблюдался рецидив болей, а у 17 больных боли появились перед повторной госпитализацией. При поступлении всем выполнялось детальное обследование для выявления причин болевого синдрома, при этом обязательно проводили Магнитно-резонансная томография, хотя у 15 больных при УЗИ обнаружено нарушение проходимости холедоха, а у 13 из них определялись конкременты. Судить о том, что это резидуальные или рецидивные конкременты довольно сложно. В результате обследования у 18 из 31 обнаружены сопутствующие заболевания, при чем у большинства сердечно-сосудистая и дыхательная патология.

При осмотре выявлена желтуха кожных покровов и слизистых оболочек, у половины обследованных отмечены повышение температуры тела с периодическими ознобами. В анализах крови отмечалось повышение количество лейкоцитов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Уровень билирубина колебался от $108,8 \pm 1,28$ мкм/л, до $213,5 \pm 2,41$ мкм/л, что подтверждало развитие механической желтухи и холангита. При поступлении пациентам сразу начинали дезинтоксикационную терапию, но ее проводили не более 2-3 суток до операции пока решали вопрос о сроке операции и ее объеме.

В своей работе мы использовали диагноз рецидивный и резидуальный холедохолитиаз в зависимости от срока прошедшего после операции. Большинство исследователей считают, что если холедохолитиаз возник в течении одного года после операции, то это резидуальный, а если позже одного года, то это рецидивный, но это деление чисто условное, так как оставшийся конкремент при первой операции может длительное время не проявлять себя. Используемое ранее название Постхолецистэктомический синдром, в настоящее время не должен использоваться, так как он включает не только функциональное нарушение, но и органические, в частности рецидивный холедохолитиаз, который требует оперативного лечения.

Большинству пациентов (16 чел.) выполнена была ретроградная холангиография. Из 13 больных у которых выявлен конкремент в холедохе проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию и у 8 из них она удалась, конкременты отошли, желтуха и боли исчезли и больные выписались в удовлетворительном состоянии, но у 1 больной, в послеоперационном периоде развилась панкреонекроз, который явился причиной смерти. У 12 больных выполнена лапаротомная холедохолитотомия, а холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха у 3, у 2 с внутренним дренированием (холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру). В послеоперационном периоде уделено особое внимание профилактике осложнений, больные получали инфузионную терапию с обязательным включением гепатопротекторов, противовоспалительную, иммункорректирующую, а так же с учетом возраста антикоагулянтную терапию. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться выздоровления.

После проведения обследования и предоперационной подготовки пациентов оперировали. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена 8 пациентам из них 4 пожилых, а у 4 — старческого возраста, в результате чего конкременты успешно отошли из холедоха в 12пк. с Корзинка Дормиа без осложнения, наблюдалось быстрое снижение уровня билирубина и трансаминазы, а также улучшились общего состояние пациентов. У одного возник острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) в ближайшие сутки после операции. У 12 больных выполнена лапаротомная холедохолитотомия, а холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха у 3, у 2 с внутренним дренированием (холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру). В послеоперационном периоде уделено особое внимание профилактике осложнений, больные получали инфузионную терапию с обязательным включением гепатопротекторов, противовоспалительную, иммункорректирующую, а также с учетом возраста антикоагулянтную терапию. Послеоперационный период протекал тяжело, но все же удалось добиться. Из 42 больных, умер 1, на 3 сутки после холецистэктомии, от острого инфаркта миокарда, который и явился причиной смерти.

А также использовали метод ультразвуковое исследование выполняли в масштабе реального времени в момент поступления для определения характера основного заболевания и сопутствующей патологии, а после операции для своевременного выявления осложнений со стороны органов грудной и брюшной полости. С целью оценки течения раневого процесса использовали УЗ исследование (эхоморфометрия). При этом через 1,3,5,7 суток определяли зону инфильтрации операционной раны, ее размеры и обращали внимание на выявление серомы, гематомы, признаков воспаления в ранней фазе его развития, при выявление воспаления раны немедленно устраняли серому это полость рану с угла скрывали и промывали перекись водорода 3% затем внутри полости вливали левомиколь мазью и дренировали резиновую выпускник.

Таким образом результаты нашего исследования показали, что после холецистэктомии и холецистэктомии с наружным и внутренним дренированием, осложнение после лапаротомной холецистэктомии возникли у 4 больных, что составило 9,5 %. А после операции, оперированных по поводу рецидивного холедохолитиаза осложнения возникли у 2 из 31 пациента.

Выводы

Острый холецистит и холедохолитиаз относятся к числу наиболее частых осложнений при ЖКБ. Современным подходом к диагностике этих осложнений является оценка общего состояния пациента, это позволяет выбрать оптимальный метод лечения: лапароскопический или лапаротомный. Несмотря на преимущество лапароскопической холецистэктомии ее далеко не всегда можно выполнить у лиц старшего возраста из-за наличия сопутствующих заболеваний, так как наложение пневмоперитонеума оказывает отрицательное влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную систему за счет повышенного давления в брюшной полости. Рецидивный холедохолитиаз не является редкостью и требует современного подхода в его лечении с включением эндоскопических и лапароскопических методов вмешательств. При холедохолитиазе в первую очередь необходимо восстановить проходимость холедоха эндоскопически (конкремент диаметром не более 5-6 мм), а при неудаче решить вопрос о возможности выполнения операции лапаротомным доступом. После перенесенной любой операции по поводу ЖКБ или ее осложнений обратить внимание на проведение гепатотропной

терапии, так как установлено, что при воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках развиваются функциональные и морфологические нарушения печени, которые могут привести к развитию печеночной недостаточности.

У пациентов пожилого и старческого возраста острый калькулёзный холецистит характеризуется стёртой местной симптоматикой при выраженной интоксикации. Частота сопутствующей патологии превышает 89%, что требует мультидисциплинарного подхода. Поздняя госпитализация способствует развитию деструктивных форм заболевания. Кратковременная интенсивная предоперационная подготовка с ранним хирургическим вмешательством является оптимальной тактикой.

Дифференцированный подход к срокам и объёму операции позволяет снизить риск тяжёлых осложнений. Воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках развиваются функциональные и морфологические нарушения печени, которые могут привести к развитию печеночной недостаточности.

Список литературы

1. Алмазов, А.А. (2019). Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста. *Вестник КРСУ*, 19(9), 3-7.
2. Брискин, Б.С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г.С. (2018). Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. *Анналы хирургической гепатологии*, 13(3), 15-19.
3. Быстров, С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. (2016). Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском. *Хирургия*, №7, 55-59.
4. Гаврильев, С.Н. (2011). *Интраоперационное прогнозирование программированных релапаротомий при распространённом перитоните*. Автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.01.17. Якутск.
5. Клименко, Г.А. (2012). *Холедохолитиаз* М.: Медицина.
6. Майстренко, Н.А. (2010). Выбор рациональной хирургической тактики у больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста. *Вестник хирургии*. с. 71-77.
7. Оморев, Р. А. (2019). Миниинвазивные методы в лечении ЖКБ у больных старшего возраста. *Вестник Смоленского гос. мед. академии*. 18(4), с. 147-150.
8. Ризаев, Э. А. (2023). Актуальные вопросы хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. *Хирургия*. №1, 142, 307-313.
9. Кальф-Калиф, Я. Я. (1941). О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении. *Врачебное дело*, № 1. с. 31-36.
10. Abdiev, A. Arsen, T.; Ulan, I.; et al. (2024). Relaparotomy for Peritonitis Following Liver Surgery in Alveococcosis and Echinococcosis. *A Retrospective Analysis of 924 Cases. J. Commun. Dis.* 56 (4), 153–157. В: *Journal of Communicable Diseases*.
11. Am, J Surg, Outcome after cholecystectomy in the elderly. (2019). Ретроспективная оценка исходов после холецистэктомии у пациентов ≥ 70 лет. 218(2). 368-373.

12. Garcea, G., et al. (2020). Perioperative outcomes after laparoscopic cholecystectomy in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc. P.* <https://doi:10.1016/j.amjsurg.2018.12.018>.
13. Koti, R.S., Davidson, C.J., Davidson B.R. (2015). Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbecks Arch Surg.* 400(4). 403-419.
14. *World J Emerg Surg.* (2019). WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population.
15. Sirinek, K.R. (2003). Laparoscopic Cholecystectomy for Elderly Patients: Gold Standard for Golden Years. *JAMA Surg.* Vol. (No.). p. 45. DOI:10.1001/jamasurg.