

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д.14.15.502

На правах рукописи
УДК 616.366-003.7-089-0-053.3

ТОКТОСУНОВ АРСЕН САПАРБЕКОВИЧ

**ПРОГРАММИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2016

Работа выполнена на кафедре хирургии Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации и Городской клинической больницы №1 г. Бишкек

- Научный руководитель:** член-корр. НАН КР,
доктор медицинских наук, профессор
Оморов Рахатбек Арсыбекович
- Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук
Калжикеев Абдрасул Мусатаевич
- доктор медицинских наук
Осумбеков Байышбек Зияйдинович
- Ведущая организация:** Международный университет
Кыргызстана (г. Бишкек)

Защита диссертации состоится « 26 » мая 2016 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.15.502 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. 3-линия, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: г. Бишкек, ул. 3-линия, 25 и в библиотеке КГМА имени И.К. Ахунбаева по адресу: г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92а.

Автореферат разослан «19 мая» 2016 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Н.Ч. Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - распространенное заболевание во всем мире, не имеющее тенденции к снижению, а наоборот, все исследователи отмечают неуклонный рост заболеваемости и увеличение числа больных с осложненными формами (С.А. Дадвани и соавт., 2000; Г.М. Клименко, 2000; М.М. Мамакеев и соавт., 2004, Р.А. Оморов и соавт., 2009; Y.V. Law et al., 2006), особенно среди лиц пожилого возраста (Е.А. Ермаков, А.Е. Лишенко, 2003; С.В. Тарасенко и соавт., 2012; F.E. Murray, V.F. Smith, 1997). Несмотря на то, что в литературе представлено огромное число работ, посвященных диагностике и лечению ЖКБ и ее осложнений, многие вопросы до настоящего времени, и окончательно не решены, особенно это касается лиц пожилого и старческого возраста, у большинства из которых имеют место тяжелые сопутствующие заболевания, что затрудняет своевременную диагностику и выполнение операции (С.А. Алиев, 1998; С.Г. Шаповальянц и соавт., 2011; С.В. Тарасенко и соавт., 2012; А.М. Калжикеев и соавт., 2013; T. Tsuyuguchi et al., 2007; J. Sanchez et al., 2010). И в настоящее время, несмотря на совершенствование техники операции и ведения послеоперационного периода, частота послеоперационных осложнений у пожилых остается на высоком уровне и достигает 50-65%, а летальность колеблется от 5 до 10%, особенно при осложнении ЖКБ механической желтухой и холангитом (Б.С. Ниязов и соавт., 2001; А.П. Уханов и соавт., 2008; Б.З. Осумбеков и соавт., 2009; Т.Б. Арданекон, 2013).

Остается не решенным вопрос о выборе срока выполнения операции, длительности предоперационной подготовки и ее объема (А.С. Ермолов и соавт., 1998; А.М. Шулуток и соавт., 2000; П.В. Никонов и Н.И. Слепых, 2008; M. Gock et al., 2003; A. Maydeo et al., 2003). Дискутируется вопрос о выборе доступа у лиц пожилого и старческого возраста при остром и хроническом калькулезном холецистите и о способах ликвидации непроходимости желчных путей при осложненных формах ЖКБ (В.М. Тимербулатов и соавт., 2005; Н.А. Кузнецов и соавт., 2011; A. Cuschieri, 1999). Не освещен вопрос о применении лапароскопических операций у больных этой группы, не разработаны методы профилактики послеоперационных осложнений, которые могли бы предотвратить осложнения и снизить летальность.

Все это в целом и явилось основанием для выполнения данного исследования и разработки программированного лечения, которое позволило бы решить наиболее актуальные задачи.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами. Тема инициативная.

Цель работы - улучшение результатов оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью у лиц пожилого и старческого возраста, за счет

использования программированного метода лечения.

Задачи исследования:

1. Представить анализ оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с ЖКБ по материалам хирургических отделений ГКБ №1 г. Бишкек, в лечении которых использован традиционный подход.

2. Конкретизировать показания к лапаротомной и лапароскопической холецистэктомии, обосновать выбор срока операции и доступа.

3. Построить алгоритм программированного лечения больных с ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

4. Представить результаты программированного лечения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста.

Научная новизна.

1. Обоснованы сроки оперативного лечения, выбор доступа на основании разработанных критериев риска операции и степени тяжести эндотоксикоза.

2. Представлены меры профилактики гнойно-воспалительных осложнений и печеночной недостаточности у лиц пожилого и старческого возраста.

3. Построен алгоритм программированного лечения больных ЖКБ пожилого и старческого возраста и дана его эффективность.

Практическая значимость полученных результатов.

Разработанные подходы к выбору срока операции и ее объема с учетом критериев риска операции и их внедрение в хирургическую практику позволяют снизить частоту осложнений и летальности.

Программированное лечение ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста дает возможность снизить частоту осложнений и летальности и оно может быть использовано и при другой патологии органов брюшной полости.

Экономическая значимость результатов исследования включает возможность получения медико-социальной эффективности за счет снижения осложнений и сокращения сроков лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Применение традиционного подхода к лечению ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста сопровождается рядом осложнений, влияющих на исход заболевания.

2. Использование программированного лечения больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста с учетом степени тяжести эндотоксикоза позволяет снизить частоту осложнений и летальности.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек, а также используются на лекциях и практических занятиях студентов IV и VI курсов КГМА, на семинарах клинических ординаторов и аспирантов.

Апробация результатов исследования. Основные положения

диссертации доложены на научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2013, 2014); на совместном заседании сотрудников кафедры хирургии КГМИПипК, факультетской хирургии и хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева и хирургов ГКБ №1 г. Бишкек (г. Бишкек, 2015), на заседании экспертной комиссии при диссертационном совете Д.14.15.502 Национального хирургического центра МЗ КР (г. Бишкек, 2016).

Личный вклад соискателя состоит из обследования больных до операции, с использованием общеклинических, инструментальных и лабораторных методов исследования, участие в оперативном лечении и наблюдении и лечении в послеоперационном периоде. Материал, представленный в диссертации, обработан и проанализирован лично соискателем.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, получено 2 удостоверения на рационализаторские предложения, выданные патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева №07/15 от 13.03.2015 г. №35.3/15 от 22.10.2015 г.

Структура и объем диссертации. Материал диссертации изложен на 129 страницах компьютерного набора на русском языке, шрифтом Times New Roman, кириллица (шрифт 14, интервал 1,5) состоит из введения, обзора литературы и 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка 225 использованных литературных источников, из них 148 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 77 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 20 таблицами и 12 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, изложены его цель и задачи, новизна работы, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современное состояние вопроса о лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста» (обзор литературы) даны систематизированные и обобщенные сведения литературы, в основном последних 10 лет, в которых отражены частота ЖКБ у лиц пожилого возраста, методы диагностики и их информативность; основное внимание уделено оперативному лечению и методам профилактики осложнений. Эти сведения позволили обосновать актуальность проблемы и наметить пути для реализации цели и задач исследования.

Во второй главе «Клиническая характеристика больных и методы обследования» даны методы обследования больных ЖКБ, они включали

общеклинические методы, УЗИ, в неясных случаях КТ и МРТ, определение функционального состояния печени (билирубин, тимоловая проба, уровень трансаминаз и общего белка крови) и почек (мочевина, креатинин), определение степени тяжести эндотоксикоза, по общему анализу крови вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу Я.Я. (1941).

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t-критерию по таблице Стьюдента.

Для решения цели и задач проведен анализ больных с ЖКБ и ее осложнениями 305 пациентов пожилого и старческого возраста, прооперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек за период с 2010 по 2014 годы. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту (n – 305)

Пол	Всего		из них в возрасте (в годах)					
	абс.	%	60-75		76-90		старше 90	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жен.	243	79,8	201	82,7	40	16,5	2	0,8
Муж.	62	20,2	49	79,0	11	17,7	2	3,2
Всего	абс.	305	250		51		4	
	%	100,0	82,0		16,7		1,3	

Среди поступивших больных больше было женщин, чем мужчин и их соотношение составило 3,9:1.

В процессе работы было выделено две группы: в первую включили больных, оперированных в 2010-2011 гг., у которых в лечении использовали традиционный подход – они были для нас контрольной группой и во вторую группу были включены больные, оперированные в 2012-2013 годах, у них было использовано программированное лечение – основная группа.

Больных в контрольной группе было 155 пациентов, из них с острым холециститом 103 больных и хроническим – 52, а в основной 150 – из них 92 с острым и 58 с хроническим холециститом.

Анализ давности заболевания больных обеих групп (табл. 2) показал, что наибольший удельный вес занимали больные, поступившие позже суток от начала заболевания. Большинство пациентов принимали дома спазмолитические и обезболивающие средства и, лишь при ухудшении состояния, обращались к врачу либо в скорую помощь, а 18 больных, страдавших сердечно-сосудистыми и легочными заболеваниями, из-за

неясности клинической картины, наблюдались дома семейными врачами и лишь при резком ухудшении состояния госпитализировались.

Таблица 2 – Сроки заболевания больных обеих групп с острым холециститом до поступления в стационар (n-195)

Сроки	Всего больных	
	абс.число	%
До 6 часов	2	1,0
От 6 до 12 часов	15	7,7
От 12 до 24 часов	27	13,8
От 24 до 72 часов	61	31,3
От 3 до 7 суток	62	31,8
Более 7 суток	28	14,4
Итого:	195	100,0

При острым холецистите от 24 до 72 часов поступило 61 (31,3%) и от 3 до 7 суток – 62 больных, что составило 31,8%, но и более 7 суток была большая группа (28 чел. – 14,4%).

Анализ давности заболевания в группе больных хроническим холециститом в обеих группах показал, что на оперативное лечение чаще поступали с давностью более 3 лет (табл. 3).

Таблица 3 – Сроки заболевания больных хроническим калькулезным холециститом контрольной и основной групп

Сроки	Контрольная группа n-52		Основная группа n-58	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
До 6 месяцев	6	11,5	8	13,8
От 6 мес. до 1 года	6	11,5	13	22,4
От 1 года до 3 лет	14	26,4	14	24,1
От 3 до 5 лет	18	34,6	13	22,4
Более 5 лет	8	16,0	10	17,3
Итого:	52	100,0	58	100,0

Однако с давностью более 5 лет тоже была большая группа (18 чел. – 16,4%). Большинство поступивших отмечали частые приступы печеночной колики, но после приема спазмолитических средств боли прекращались, и больные от операции воздерживались.

Мы определили частоту симптомов острого и хронического холецистита (табл. 4-5).

Таблица 4 – Семиотика больных острым холециститом (n-195)

Симптомы		Всего больных n-195	
		абс.ч.	%
Боли:	в правом подреберье	155	79,5
	в эпигастрии	24	12,3
	по всему животу	16	8,2
Иррадиация болей:	в руку	42	21,5
	в спину	19	9,7
	в шею	18	9,2
Рвота:	многократная	104	53,3
	однократная	23	11,8
Задержка стула и газов		25	12,8
Напряжение мышц:	в правом подреберье	84	43,1
	по всему животу	12	6,2
Печень увеличена		72	36,9
Пальпируемый желчный пузырь		28	14,4
Положительный симптом:	Ортнера	141	72,3
	Щеткина-Блюмберга	62	31,8
Повышение температуры тела выше 37,5°C		64	32,8
Желтуха		29	14,9
Лейкоцитоз	до $8 \times 10^9/\text{л}$	36	18,5
	от 8 до $10 \times 10^9/\text{л}$	61	31,3
	от 10 до $12 \times 10^9/\text{л}$	54	27,6
	выше $12 \times 10^9/\text{л}$	44	22,6

Таблица 5 – Семиотика больных хроническим холециститом (n-110)

Симптомы	Всего больных n-110	
	абс.ч.	%
Тупая боль в подреберье	78	70,9
Приступообразная боль	32	29,1
Рвота	12	10,9
Тошнота	39	35,5
Слабость	108	98,2
Сухость во рту	79	71,8
Снижение аппетита	101	91,8
Желтуха	6	5,5
Периодическое повышение температуры тела	12	10,9
Увеличение печени	42	38,2
Снижение физической активности	39	35,5

При остром холецистите у всех отмечен болевой синдром, часто

наблюдалась многократная рвота, повышение температуры имело место у 32,8%, а положительные симптомы раздражения брюшины у 43,1%.

При хроническом холецистите тоже имел место болевой синдром, но менее выраженный (тупая боль), но периодически отмечались приступы печеночной колики.

Обращали внимание на результаты УЗИ. Для острого холецистита было характерно увеличение желчного пузыря, утолщение стенок, неоднородность содержимого, а у ряда больных выявлено вовлечение в воспалительный процесс окружающих тканей и формирование перивезикулярного абсцесса.

При хроническом холецистите обращало на себя внимание уплотнение и утолщение стенок пузыря, наличие в нем конкрементов.

При детальном обследовании у большинства выявлены сопутствующие заболевания (табл. 6).

Таблица 6 – Характер сопутствующих патологий у больных ЖКБ пожилого и старческого возраста

Патология	Острый холецистит n - 195		Хронический холецистит n - 110	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Гипертоническая болезнь	45	23,1	37	33,6
КБС	21	10,8	15	13,6
Общий атеросклероз	72	36,9	35	31,8
Хронические бронхолегочные осложнения	35	17,9	11	10,0
Рак толстой кишки	-	-	1	0,9
Сахарный диабет	2	1,0	1	0,9
Итого	175	89,7	100	90,8

У большинства поступивших имели место сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, общий атеросклероз, КБС и др.), что усложняло диагностику и течение послеоперационного периода.

В третьей главе «Оценка результатов оперативного лечения больных острым и хроническим калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста (контрольная группа)» представлены результаты оперативного лечения больных острым и хроническим холециститом, у которых использован традиционный подход. Острый холецистит был у 103 и хронический у 52 поступивших. Типы операций и характер осложнений даны в таблице 7.

Анализ исходов операций этой группы показал, что осложнения при остром холецистите составили 15,5%, а летальность 2,9% (умерло 3, у них причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность).

Таблица 7 - Типы операций при остром холецистите и характер осложнений в послеоперационном периоде у больных контрольной группы

Тип операции	Всего больных		Осложнения							Всего:
	абс.ч.	%	пневмония	перитонит	ОСН	кровотечение	желчеистечение	нагноение раны	инфильтрат	
Холецистэктомия	82	79,6	1		2	1	2	2	1	9
Холецистэктомия + наружное дренирование холедоха -по А.В.Вишневскому -по Керу	14 5	18,5	2				1	1	1	5
Холецистэктомия + внутреннее дренирование (Холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову)	2	1,9		1					1	2
Итого:	103	100,0	3	1	2	1	3	3	3	16 (15,5%)

При хроническом холецистите осложнения после операции возникли у 7 больных, что составило 13,5%, из них нагноение раны у 3 и по одному наблюдению было желчеистечение, перитонит, острая сердечно-сосудистая и полиорганная недостаточность. Умерло 2 (3,8%).

В четвертой главе «Оценка результатов оперативного лечения больных острым и хроническим холециститом (основная группа)» в лечении больных, у которых использовали активную хирургическую тактику. Экстренная операция выполнялась при окклюзионном холецистите, так как затягивание срока операции вело к быстрому деструктивному процессу и при выявлении признаков местного или разлитого перитонита. А в остальных случаях вели наблюдение на протяжении 12 часов и, если явления острого холецистита нарастали, - оперировали срочно, если же стихали, то после подготовки оперировали через 1-2 суток.

Ведение послеоперационного периода выполняли по программе с учетом степени тяжести эндотоксикоза. Для оценки степени тяжести эндотоксикоза

использовали критерии, разработанные в клинике Д.С. Рафибековым и соавт. (2000) и Р.А. Оморовым и соавт. (2000). К этим критериям нами добавлен лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) (рац. предложение) (табл. 8).

Таблица 8 - Критерии степени тяжести эндогенной интоксикации при осложненной ЖКБ

Критерий	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	стабильное	не стабильное
Длительность заболевания	до 3 суток	до 7 суток	более 7 суток
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Функция кишечника	есть	есть при стимуляции	есть временно
Общий билирубин ммоль/л	до 50	от 50 до 150	до 300 и выше
Тимоловая проба	до 6,0	От 6 до 8	выше 8
Креатинин мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
АЛТ, мккат/л	до 0,12	до 0,20	более 0,20
АСТ, мккат/л	до 0,10	до 0,15	более 0,15
ЛИИ	до 4,0	4,1-5,0	5,1-6,0

В основной группе больных выполняли те же операции, что и в контрольной, т.е. чаще осуществляли холецистэктомию и реже холецистэктомию с наружным дренированием и в единичных случаях холецистэктомию дополняли внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз), а в послеоперационном периоде использовали региональную лимфостимуляцию и интрапортальное введение медикаментозных средств. В процессе работы нами был разработан и внедрен алгоритм ведения больных пожилого и старческого возраста (рис. 1).

Использование программированного лечения по разработанному нами алгоритму существенно облегчало выбор объема медикаментозной терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза и продолжительность ее использования

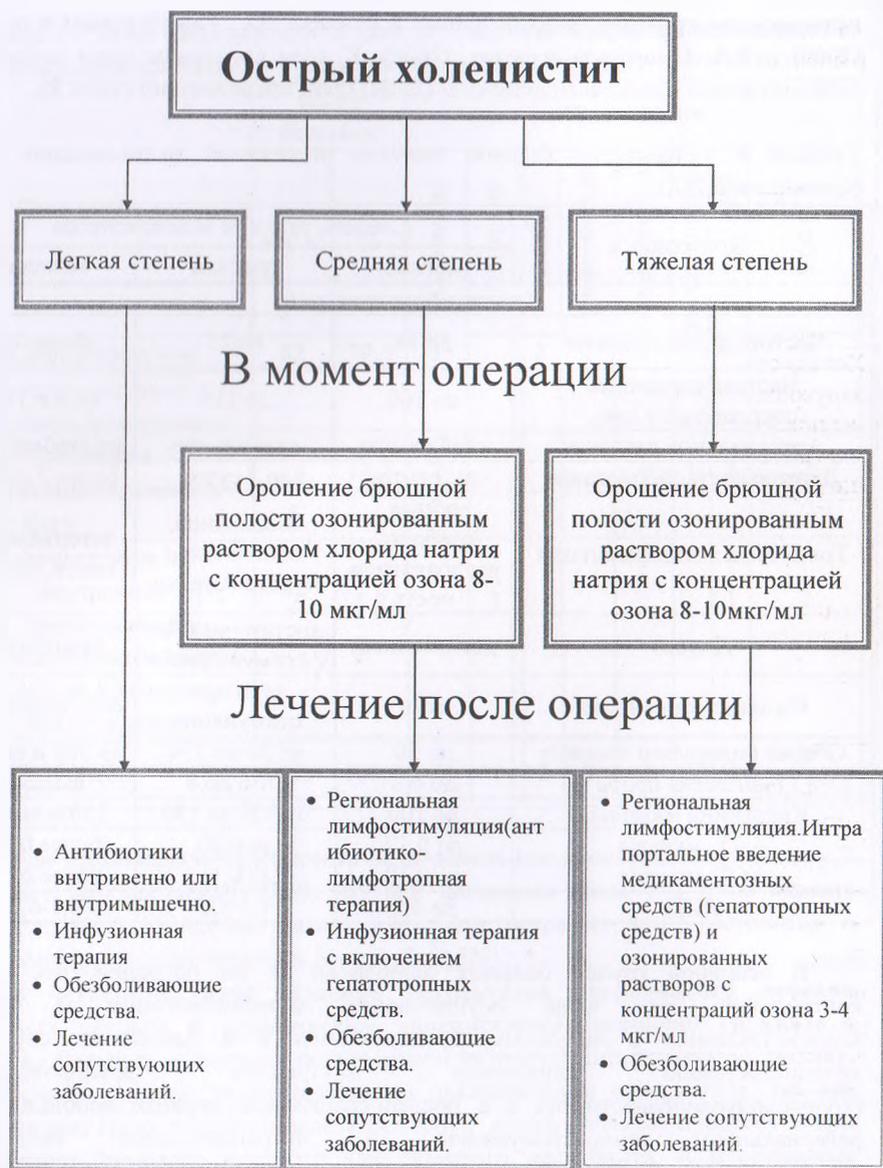


Рис. 1. Алгоритм программированного лечения больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста.

В результате использования программированного лечения были получены более положительные результаты (табл. 9).

Таблица 9 – Типы выполненных операций у больных острым холециститом (основная группа) (n – 92)

Тип операции	Всего больных	из них возникли осложнения				Всего
		нагноение раны	инфильтрат	инфаркт миокарда	пневмония	
Холецистэктомия	76			1		1
Холецистэктомия + наружное дренирование, -из них:-по Керу -по А.В. Вишневному -по Д.Л. Пиковскому	14 7 4 3					2
Холецистэктомия + внутреннее дренирование (холедоходуодено- анастомоз по Юрашу- Виноградову)	2		1			1
Итого	92	1	1	1	1	4 (4,3%)

Из 92 больных с острым холециститом, легкая степень эндотоксикоза была у 12, средней степени тяжести у 68, тяжелой – у 14.

Больные с легкой степенью эндотоксикоза получали лечение, назначенное кардиологом, антибиотики внутривенно или внутримышечно, обезболивающие и инфузионную терапию. Наблюдения в динамике за показателями функционального состояния печени и почек показали, что в послеоперационном периоде, наряду с положительной динамикой клинических показателей, улучшается состояние печени и почек и к моменту выписки лишь содержание общего белка не достигает нормы. Следовательно, при легкой степени эндотоксикоза можно ограничиться инфузионной и противовоспалительной терапией.

При средней степени тяжести эндотоксикоза предоперационную подготовку выполняли на протяжении 2-3 часов, она включала назначения кардиолога, терапевта, инфузионную терапию, но ее объем подбирали с учетом состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У больных этой группы в момент операции в круглую связку печени фиксировали микроиригатор, строго герметично и в момент операции через него вводили антибиотик

(цефазолин 1,0 с лимфотропной смесью, а в послеоперационном периоде на протяжении 4-5 дней один раз в сутки продолжали введение антибиотико-лимфотропной смеси). Смесь содержала 70 ед на кг тела гепарина, 8-12 ед лидазы, 2 мл прозерина, 1 мл тактивина и 20 мл 0,5% новокаина.

Региональная лимфостимуляция обязательно сочеталась с инфузионной терапией, содержащей реополиглокин, глюкозу с комплексом витаминов, гепатотропные препараты и, в первые дни, обезболивающие средства. В результате проводимого лечения состояние больных улучшалось и наблюдалась положительная динамика со стороны функционального состояния печени и почек. К моменту выписки нормализовались уровень билирубина, тимоловая проба, и лишь АЛТ, АСТ и общий белок отличались от нормы, но отмечены положительные сдвиги в сравнении с исходным уровнем.

Наиболее тяжелая группа больных была с тяжелой степенью эндотоксикоза, у которых были выражены признаки токсической энцефалопатии. Среди них были пациенты с холедохолитиазом (12 чел.), которым необходимо было восстановить проходимость холедоха и выполнить наружное или внутреннее дренирование. Особое внимание здесь было уделено предоперационной подготовке и выбору срока операции. Здесь мы стремились до операции выполнить инфузионную терапию с включением гепатотропных препаратов, но не затягивали срок операции.

Учитывая тяжесть состояния больных, в момент операции осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее осуществляли интрапортальное введение медикаментозных средств в момент операции и после нее на протяжении 5-6 дней. После основного этапа операции перед ушиванием раны брюшной стенки в круглую связку печени фиксировали микроирригатор для выполнения в послеоперационном периоде региональной лимфостимуляции как у больных со средней степенью эндотоксикоза. Несмотря на тяжесть, состояние больных этой группы постепенно улучшалось. Ни в первые, ни на третьи сутки после операции не отмечено повышение уровня билирубина и трансаминаз, а наблюдалась тенденция к нормализации показателей.

Анализ результатов и течения заболевания у больных основной группы показал, что осложнения после операции отмечены у 4 из 92 больных, что составило 4,3%, умерла одна больная (1,1%) в результате развившегося инфаркта миокарда на 9 сутки после операции.

При хроническом холецистите осложнения отмечены у 2,2%, а летальных исходов не было. К моменту выписки больных из стационара нами выполнена сравнительная оценка результатов оперативного лечения больных контрольной и основной групп и при этом установлено, что использование программированного лечения позволило снизить частоту осложнений с 15,5% до 4,3%, а летальность с 2,9% до 1,1% (рис. 2).



Рис. 2. Осложнения и летальность у больных основной и контрольной групп.

Также дана сравнительная оценка биохимическим показателям функционального состояния печени и почек при средней и тяжелой степени эндотоксикоза (рис. 3,4).

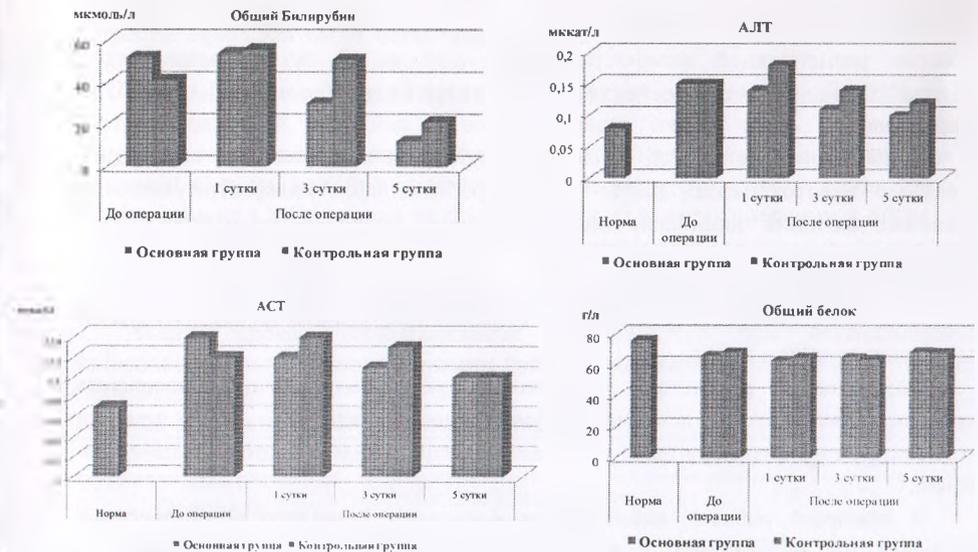


Рис. 3. Динамика биохимических показателей больных основной и контрольной групп со средней степенью тяжести эндотоксикоза.

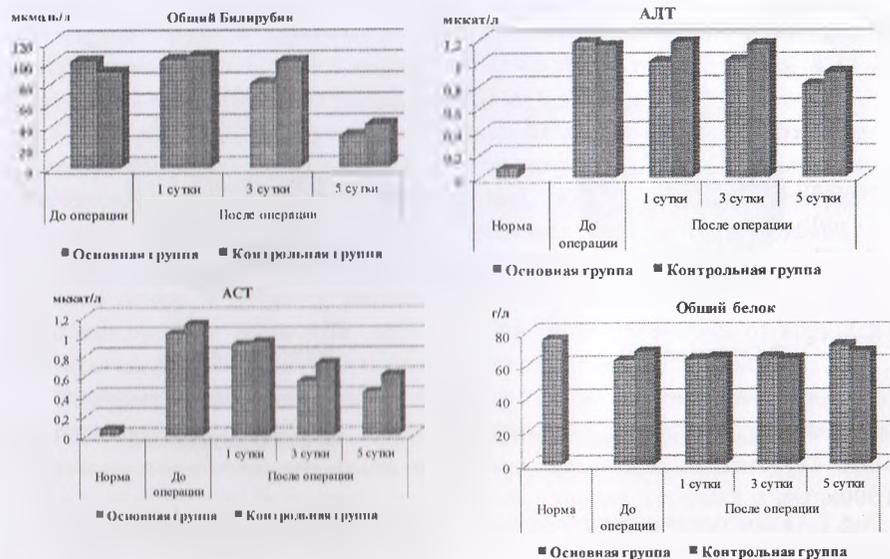


Рис. 4. Динамика биохимических показателей у больных основной и контрольной групп с тяжелой степенью эндотоксикоза.

При средней степени тяжести эндотоксикоза с включением в комплекс лечения региональной лимфостимуляции уже на 3 сутки имела место положительная динамика со стороны показателей билирубина, АЛТ, АСТ, ЛИИ и креатинина.

Наибольшие сложности в лечении представляли больные с тяжелой степенью эндотоксикоза. Здесь, помимо региональной лимфостимуляции в комплекс лечения включали интрапортальное введение медикаментозных средств, и, несмотря на тяжесть состояния, удалось предотвратить прогрессирование печеночно-почечной недостаточности. Начиная с 3-х суток, отмечена положительная динамика со стороны показателей функционального состояния печени и почек.

Полученные результаты позволили установить, что применение программированного лечения существенно влияет на течение послеоперационного периода и улучшает функциональное состояние печени и почек.

В процессе работы, наблюдая за больными пожилого и старческого возраста, мы сопоставили результаты клинического течения и лечения с больными в возрасте до 50 лет. С этой целью мы выполнили сопоставление клинических данных (195 больных) острым холециститом пожилого и

старческого возраста – это основная группа, и 102 больных с острым холециститом в возрасте до 50 лет – группа сравнения.

Анализ сроков поступления показал, что больные до суток от начала заболевания в равной степени поступали в обеих группах (22,6 и 17,6%). Так же с повышенной температурой тела среди поступивших различий не выявлено. Достоверные различия наблюдались в частоте многократной рвоты (53,3% в основной группе, 20,6% в группе сравнения). Достоверные различия имелись в удельном весе сопутствующих заболеваний (88,2% в основной и 8,8% в группе сравнения).

В группе сравнения чаще имели место положительные симптомы раздражения брюшины (напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга), а у лиц пожилого возраста эти признаки выявляли реже, что обуславливало сложности в диагностике.

Так же различия наблюдались в форме холецистита (в основной группе преобладали деструктивные формы, а в группе сравнения – катаральный). Более высокий уровень ЛИИ и величина лейкоцитоза имели место в основной группе, т.е. у лиц пожилого возраста.

Наши сравнения показали, что сложность диагностики у больных пожилого и старческого возраста находится в прямой зависимости от частоты сопутствующих заболеваний.

В пятой главе «Результаты видеолапароскопических холецистэктомий у лиц пожилого и старческого возраста» представлены результаты лапароскопической холецистэктомии у 32 больных пожилого и старческого возраста. При этом были четко выделены показания и противопоказания для выполнения этого метода холецистэктомии.

Установлено, что у лиц старшего возраста можно использовать ЛХЭ, но с учетом показаний, так как в этом возрасте очень часто имеют место сопутствующие тяжелые заболевания. Лапароскопическая холецистэктомия в основном выполнялась при хроническом холецистите и лишь у 2 при остром, но при давности заболевания не более 2 суток. В момент операции и после нее осложнений не наблюдали. Наш, хотя и малочисленный материал подтверждает целесообразность применения этого метода, но с учетом показаний. Здесь необходимо учитывать и тяжесть сопутствующих заболеваний.

Анализ сроков госпитализации показал, что при использовании лапароскопической холецистэктомии сроки стационарного лечения достоверно снижаются (табл. 10).

Таблица 10 - Сроки стационарного лечения (к/дни)

Группы		Койко-дни
Основная:	Острый холецистит	8,6±0,21
	Хронический холецистит	7,2±0,42
Контрольная:	Острый холецистит	11,4±0,47
	Хронический холецистит	9,9±0,19
Лапароскопическая холецистэктомия		3,2±0,37

Таким образом, выполненные исследования показали, что улучшение результатов оперативного лечения ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста можно добиться при своевременной госпитализации, детальном обследовании при поступлении, выборе оптимального срока и доступа и способа холецистэктомии, и выполнении программированного лечения в послеоперационном периоде. Учет этих факторов позволил снизить частоту осложнений в 3,5 раза, а летальность в 1,5 раза.

ВЫВОДЫ

1. При традиционном подходе лечения ЖКБ и ее осложнений у лиц пожилого и старческого возраста остается на высоком уровне частота осложнений (15,5%) и летальности (2,9%).

2. Традиционная лапаротомная холецистэктомия может быть использована при остром холецистите с выраженным воспалительным процессом в окружающих тканях и наличием выпота, а также при перитоните; при хроническом холецистите при подозрении на синдром Миризи. Минилапаротомию можно использовать у большинства больных и выполнить все этапы операции и ревизию желчных протоков. Показанием к лапароскопической холецистэктомии у лиц пожилого и старческого возраста является хронический калькулезный холецистит без тяжелой сопутствующей патологии.

3. Алгоритм программированного лечения желчнокаменной болезни с учетом степени тяжести эндотоксикоза дает возможность избрать наиболее адекватный объем медикаментозной терапии у лиц пожилого и старческого возраста. При легкой степени эндотоксикоза в послеоперационном периоде можно ограничиться традиционным объемом (антибиотики, инфузионная терапия, обезболивающие средства и лечение сопутствующих заболеваний). При средней степени тяжести в традиционную терапию включить региональную лимфостимуляцию, а при тяжелой степени эндотоксикоза – добавить интрапортальное введение медикаментозных средств. Степень тяжести эндотоксикоза должна определяться на основании критериев риска, включающих клинические, лабораторные и инструментальные показатели.

Разработанный комплекс явился хорошей мерой профилактики гнойно-воспалительных осложнений и печеночной недостаточности.

4. Программированный метод лечения ЖКБ и ее осложнений позволил снизить частоту осложнений при остром холецистите с 15,5% до 4,3%, а летальность с 2,9% до 1,1%, при хроническом с 13,5% до 2,2% осложнения и летальность с 3,8% до 0%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При поступлении больных пожилого и старческого возраста выполнять

детальное обследование с целью выявления сопутствующих и конкурирующих заболеваний, обязательна консультация кардиолога или терапевта и врачей других специальностей (эндокринолога, невропатолога) в зависимости от выявленных сопутствующих заболеваний.

2. При остром и хроническом холецистите у лиц пожилого и старческого возраста необходимо определять степень тяжести эндотоксикоза объемом медикаментозной терапии выполнять с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

3. В выборе объема медикаментозной терапии пользоваться разработанным нами алгоритмом:

3.1. При легкой степени тяжести эндотоксикоза и отсутствии сопутствующих заболеваний можно ограничиться антибактериальной терапией (внутривенно или внутримышечно) и традиционной инфузионной терапией.

3.2. При средней степени тяжести выполнять региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени и в инфузионную терапию включать гепатопротекторы.

3.3. При тяжелой степени эндотоксикоза к объему лечения как при средней степени выполнять интрапортальное введение медикаментозных средств.

4. У лиц пожилого и старческого возраста после операции, выполненной по поводу ЖКБ и ее осложнений, к моменту выписки остаются нарушения функций печени, поэтому рекомендуется диспансерное наблюдение и продолжение лечения в амбулаторных условиях.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Токтосунов, А.С. Минилапаротомия в оперативном лечении острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / У.С. Мусаев, А.С. Токтосунов // Здоровоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2013. - №1. – С.51-53.

2. Токтосунов, А.С. Результаты оперативного лечения хронического калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / У.С. Мусаев, А.С. Токтосунов // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2013. - №2. – С.8-10.

3. Токтосунов, А.С. Профилактика воспалительных осложнений после холецистэктомий у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.С. Токтосунов // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 2013. - №2. – С.39-42.

4. Токтосунов, А.С. Профилактика воспалительных осложнений при деструктивных холециститах [Текст] / У.С. Мусаев, А.С. Токтосунов, Э.Ж. Осмоналиев // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2014. - №1. – С.28-29.

5. Токтосунов, А.С. Лечение рецидивного холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста [Текст]: / А.С. Токтосунов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2014. - №4. – С.180-182.

6. Токтосунов, А.С. Лечение больных с рецидивным холедохолитиазом [Текст] / У.С. Мусаев, А.С. Токтосунов // Врач-аспирант. – Воронеж. 2014. - №6 (67). – С.20-23.

7. **Токтосунов, А.С.** Комплексное лечение больных старческого возраста калькулезным холециститом, осложненном механической желтухой и холангитом [Текст]: / А.С. Токтосунов // Известия вузов – Бишкек, 2014. - №6. – С.81-82.

8. **Токтосунов, А.С.** Эффективность применения программированного лечения больных острым холециститом [Текст] / У.С. Мусаев, А.С. Токтосунов., Б.А. Авазов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2015. - №2. – С.147-149.

9. **Токтосунов, А.С.** Программированное лечение больных острым холециститом пожилого и старческого возраста [Текст]: / А.С. Токтосунов // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2015. - №1. – С.105-107.

10. **Токтосунов, А.С.** Клинические проявления желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста и в возрасте до 50 лет [Текст] / У.С. Мусаев., А.С. Токтосунов., М.Ч. Алымкулов // Известия вузов – Бишкек, 2015.- №2. – С.78-79.

11. **Токтосунов, А.С.** Оперативное лечение острого калькулезного холецистита у больных пожилого возраста [Текст]: / А.С. Токтосунов // Молодой ученый. - Казань, 2016. - №2(106). - С.393-394.

12. **Токтосунов, А.С.** Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Р.А. Оморов., А.С. Токтосунов., Б.А. Авазов.// Казанский медицинский журнал. – Казань, 2016. - Том 97. - №1. – С.37-41.

13. **Токтосунов, А.С.** Эффективность комплексного лечения острого желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой и холангитом у лиц пожилого и старческого возраста [Текст]: / А.С. Токтосунов // Современная медицина: актуальные вопросы. – Новосибирск, 2016. - №1 (45) – С. 62-67.

Токтосунов Арсен Сапарбековичтин 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу учун жазылган «Каары жана улгайган бейтаптардын өт баштыкчасынын таш оорусун программалык дарылоо» темадагы диссертациясына

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: оттуу таш ооруусу, каары жана улгайган жашы, холецистэктомия, хирургиялык даарылоо, кабылдоо.

Изилдөөнүн максаты: программалык ыкмаасы колдоонуунун негизинде каары жана улгайган жаштагы бейтаптардын өт баштыкчасынын таш ооруусун операция жолу менен дарылоонун натыйжалуулугун жакшыртуу.

Изилдөө ыкмалары: каары жана улгайган жаштагы бейтаптардын өт баштыкчасынын таш ооруусун дарылоо хирургиялык ыкма менен аткарылды (305 бейтап).

Изилдөөнүн натыйжалары: клиникалык, информациялык, аналитикалык, статистикалык, инструменталдык, лаборатордук.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жанылыгы: эки тонко

бөлүндү: контролдук – 155 бейтап, алар традициондук дарылануу, ошондой эле антибиотик дарысы менен вена кан тамырыны тамчылатуу, булчундун ичине, инфузиондук терапия жана ооруну басандатуучу дарыларды негизги – 150 бейтап, эндотоксикоз оордугунун даражасы программалык дарылоонун негизинде иш жүзүнө ашырылды. Традициондук дарылоонун кабылдоосу 15,5% бейтап, каза болгондор 2,9%, ошол эле мезгилде программалык дарылоонун кабылдоосу 4,3%, каза болгондор 1,1% чейин азайганын бири-бирине салыштыруу жыйынтыгы көрсөттү. Программалык дарылоонун натыйжалуулугу тастыкталды, бул биздин изилдөөбүздүн негизги жыйынтыгы болуп эсептелет. Дагы бир тайпаны 32 бейтап тузду, аларга лапароскопиялык холецистэктомия операциясы жасалды. Мында операция убагында жана операциядан кийин эч кандай кабылдоолор болгон жок.

Колдонуу тармагы: хирургия.

Диссертация өзүнө 129 бетти, 20 таблица, 12 сүрөттү чагылдырат. Библиография 225 булактарды, анын ичинде 148 ата мекендик жана жакынкы чет өлкөнүн, 77 алыскы чет өлкөнүн авторлордун ишин камтыган.

РЕЗЮМЕ

диссертация Токтосунова Арсена Сапарбековича на тему: «Программированное лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, пожилой и старческий возраст, холецистэктомия, хирургическое лечение, осложнения.

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью у лиц пожилого и старческого возраста, за счет использования программированного метода лечения.

Объект исследования: больные, пожилого и старческого возраста, которым выполнено хирургическое лечение по поводу желчнокаменной болезни (305 чел.).

Методы исследования: клинический, информационно-аналитический, статистический, инструментально-лабораторный.

Полученные результаты и их научная новизна. Выделены две группы: контрольная – 155 больных, которые получали традиционное лечение, включавшего антибиотики внутривенно или внутримышечно, инфузионную терапию и обезболивающие средства, и основная – 150 пациента, которым осуществлялось программированное лечение с учетом степени тяжести эндотоксикоза. Сравнительный анализ показал, что при традиционном лечении осложнения имели место у 15,5% больных, а летальность составила 2,9%, в то время как при программированном лечении осложнения отмечены в 4,3%, а летальность снизилась до 1,1%, что подтвердило эффективность программированного лечения, что является основной новизной исследования.

Еще одну группу составили 32 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. При этом осложнений как в момент операции, так и после нее не было.

Область применения: хирургия.

Диссертация изложена на 129 страницах, содержит 20 таблиц, 12 рисунков. Библиография включает 225 источников, из них 148 - отечественных и из стран ближнего зарубежья; 77 - работ авторов из стран дальнего зарубежья.

SUMMARY

of Toktosunov Arsen Saparbekovich's Candidate's Thesis on the Subject of "Programmed treatment of gallstone disease in patients elderly and senile age" for Master's degree of medical sciences on the specialty of 14.01.17 - surgery.

Key words: cholelithiasis, elderly age, cholecystectomy, surgical treatment, complications.

Research purpose: to improve the results of surgical treatment of patients with gallstone disease in elderly and senile age, through the use of programmed method.

Research target: elderly patients who underwent surgical treatment for gallstones (305 pers.).

Research methods: clinical, information and analytical, statistical, instrumental and laboratory.

Research results: Two groups: control group - 155 patients who received conventional treatment, including antibiotics intravenously or intramuscularly, infusion therapy and pain relievers, and the main - 150 patients who carried out the programmed treatment based on the severity of endotoxemia. The comparative analysis has shown that the traditional treatment of complications occurred in 15.5% of patients, the mortality rate was 2.9%, whereas with a programmed treatment complications were 4.3% and mortality reduced to 1.1%, that confirmed the effectiveness of the programmed treatment, which is the main novelty of the study.

Another group consisted of 32 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy. Thus complications both during the surgery, and afterwards did not occur.

Field of application: surgery.

Thesis is presented on 129 pages, contains 20 tables, 12 figures. The bibliography includes 223 sources, 146 of them - local and from neighboring countries; 77 - works of authors from foreign countries.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АСТ	- аспаратаминотрансфераза
ЖКБ	- желчнокаменная болезнь
КТ	- компьютерная томография
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛХ	- лапароскопическая холецистэктомия
ОССН	- острая сердечно-сосудистая недостаточность
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ЭРПХГ	- эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография



Подписано к печати 01.04.2016г. Формат бумаги 60x90/16.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л Тираж 120 экз. Заказ 234.

г.Бишкек, ул. Полярная 11. ИЦ «Илим-Басмасы»