

УДК 616.366–003.7–053.88/9

До питання про лікування холедохолітіазу у хворих літнього і старечого віку

О. А. Попов, В. Б. Ахрамєєв, О. А. Дерев'янка, В. Д. Тимофєєв,
Є. Є. Мартюшев

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці

Ключові слова: холедохолітіаз, лікування, літній та старечий вік.

Визначення показань до холедохотомії і способів її завершення нині є особливою проблемою в хірургії жовчних шляхів. Передусім це стосується хворих літнього і старечого віку, прооперованих із приводу гострого ускладненого калькульозного холециститу, летальність у цій групі хворих досягає 10–26% [2, 3, 6, 10, 11]. Якщо питання хірургічної тактики в разі неускладненого холециститу є з'ясованими, то проблеми лікування гострого ускладненого холециститу із супровідними ураженнями жовчних проток є предметом широкого обговорення [4, 5, 9, 10, 11].

Вирізняють дві основні групи варіантів завершення холедохотомії: деякі автори надають перевагу зовнішньому дрениванню, інші — внутрішньому [1, 7, 8, 12]. Однак необхідність зробити операцію якнайшвидше за умови її радикальності вимагає чіткого визначення показань і вибору способу завершення втручання на жовчних протоках у хворих літнього і старечого віку.

Матеріали і методи

На базі клініки хірургії ФПО № 2 Донецького державного медичного університету за останні 7 років із приводу гострого холециститу зроблено 324 операції хворим літнього і старечого віку, з них 93 (28,7%) на жовчних шляхах. В усіх хворих вивчали показники зовнішнього дихання, кожному виконували електрокардіографію, клінічні й біохімічні аналізи крові та сечі, у першу чи другу добу здійснювали ультразвукове дослідження печінки і панкреатодуоденальної зони. Кількість оперативних втручань на жовчних протоках зростає з віком хворих, досягаючи максимуму у віковій групі від 70 до 80 років.

Результати та обговорення

Аналіз клінічної картини захворювання і результатів обстеження, проведеного до операції, дав підставу для висновку, що показання до холедохотомії в доопераційному періоді були визначені тільки в 64 (69%) хворих.

Аналіз особливостей клінічного впливу супровідної патології спільної жовчної протоки за гострого холециститу і місцевих змін в ділянці гепатодуоденальної зв'язки у хворих літнього і старечого віку дав підстави визначити такі показання до холедохотомії: гострий гнійний холангіт, холедохолітіаз, механічна жовтяниця, стеноз великого дуоденального сосочка чи індуративний панкреатит із порушенням відтоку жовчі.

Лікування гострого холециститу, ускладненого холедохолітіазом і обтураційною жовтяницею, починали з інтенсивної інфузійної дезінтоксикаційної терапії, здійснюючи постійний контроль за лабораторними показниками. Якщо проведене лікування не було ефективним, наростав рівень білірубіну, хворих оперували через 48–72 години; коли проведені заходи були успішними, операцію виконували після усунення жовтяниці. У разі високого рівня білірубіну в крові, виразної інтоксикації перед операцією і після неї в комплексі детоксикаційних заходів застосовували гемо- й лімфосорбцію.

Велике значення має хірургічна техніка. Надаємо перевагу косим підреберним розрізам як операційному доступу. Щоб усунути властиві їм недоліки, ми використовуємо доступ до позапечінкових жовчовивідних шляхів без перетинання м'язів черевної стінки. Вважаємо, що найраціональнішим є прошивання, потім перетинання міхурової артерії. Застосовуючи цей прийом, ми жодного разу не спостерігали зіскакування лігатури і міграції кукси міхурової артерії в товщу гепатодуоденальної зв'язки, кровотечі з кукси міхурової артерії після операції.

Щоб оцінити стан позапечінкових жовчних проток під час операції, крім огляду і пальпації спільної жовчної протоки, застосовували операційну холангіографію. Для підвищення її інформативності проводимо вибіркочну холангіографію, використовуючи катетер з надувною манжеткою. У разі великих поодиноких каменів у жовчному міхурі, нерозширеної спільної жовчної протоки,

незміненої головки підшлункової залози і без жовтяниці в анамнезі холангіографію можна не виконувати.

Усі способи завершення холедохотомії доцільно розподілити на прості (обмежувані холедохотомією із застосуванням глухого шва чи зовнішнього дренивання) і складні (усі види білідигестивного анастомозу і папілотомії).

У зв'язку з тим, що в хворих літнього і старечого віку часто наявні холангіт, панкреатит і запально-інфільтративні зміни гепатодуоденальної зв'язки, а після внутрішньопротокових маніпуляцій з'являється велика небезпека розвитку жовчної гіпертензії, ми відмовилися від застосування глухого шва спільної жовчної протоки.

Метод зовнішнього дренивання спільної жовчної протоки за А. В. Вишневським ми застосовували в 66 (71%) хворих. Щоб правильно зафіксувати дренажну трубку в протоці, ми перед уведенням дренаж прошиваємо кетгутувою лігатурою на 0,4–0,5 см вище від додаткового отвору і правильно встановлюємо його в гепатикохоледоу. Потім кінцями кетгутувої лігатури прошиваємо обидва краї холедохотомічного отвору в його нижньому краю і лігатуру зав'язуємо. Далі ушиваємо частину холедохотомічного отвору, що залишилася, на дренажі. Підтікання жовчі в разі такого варіанта дренивання відзначили у 5 (7,6%) хворих, через добу після операції воно саме припинилося. У ранній термін після операції дренаж відійшов в одного хворого (1,5%).

Дренаж за Холстедом — Піковським застосували у 15 (16,1%) хворих. При цьому в одного хворого в ранньому післяопераційному періоді розвинулася жовчна гіпертензія, дренаж випав, виник жовчний перитоніт, що вимагав релапаротомії.

Отже, зовнішнє дренивання спільної жовчної протоки за А. В. Вишневським у хворих літнього і старечого віку, за умов належного обґрунтування й технічно правильного його виконання, є практично безпечним.

Білідигестивний анастомоз виконували в разі порушення прохідності термінального відділу

спільної жовчної протоки внаслідок стискання його головкою підшлункової залози чи рубцевого стенозу значної довжини. Перевагу надавали накладенню холедоходуоденоанастомозу, його виконали у 12 (12,9%) хворих за загальноприйнятою методикою. Цю операцію не застосовували у хворих із гострим холециститом, ускладненим перитонітом. У такому разі, навіть за наявності показань до внутрішнього відведення жовчі, вимушено використовували зовнішнє дренивання.

Незважаючи на те, що зовнішнє дренивання жовчних шляхів як метод завершення холедохотомії в осіб літнього і старечого віку часто проводили вимушено за наявності гнійно-септичних ускладнень гострого холециститу, післяопераційні ускладнення в зоні оперативного втручання після зовнішнього дренивання зауважили тільки в 3 (4,5%) пацієнтів, усі померли.

Однією з основних причин летальності після постійного внутрішнього дренивання була неспроможність швів анастомозу, що виникла у 2 (16,7%) хворих. Значна тривалість операції й інфікування рани кишковою мікрофлорою в хворих літнього і старечого віку сприяли розвитку цього важкого післяопераційного ускладнення.

Наведена тактика дала змогу знизити післяопераційну летальність у хворих літнього і старечого віку за останні роки до 5,4% (померли 5 з 93 прооперованих).

Висновки

1. Хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею, потрібно оперувати через 48–72 години після проведення передопераційної підготовки.

2. Вибір методу завершення холедохотомії у хворих літнього і старечого віку має бути належно обґрунтованим. Найдоцільнішим способом завершення холедохотомії після відновлення прохідності жовчних проток є зовнішнє дренивання.

3. Застосування наведених принципів знизило післяопераційну летальність у хворих літнього і старечого віку до 5,4%.

Цитована література

1. *Выбор хирургической тактики у больных с желтухой различной этиологии* / А. С. Никоненко, Н. Г. Головки, В. А. Грушко и др. // Матеріали XX з'їзду хірургів України.— Тернопіль, 2002.— Т. 2.— С. 28–29.
2. *Гальперин Э. И.* Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э. И. Гальперин, Ю. М. Дедерер.— М., 1987.— 333 с.
3. *Гирич Л. В.* Состояние гемостаза при хирургическом лечении острого холецистита у больных старших возрастных групп // *Анналы хир. гепатологии*.— 1998.— Т. 3, № 3.— С. 290–291.
4. *Диагностика и лечение больных с обтурационной желтухой доброкачественного генеза* / А. А. Бурка, С. Н. Терехов, И. Л. Заря и др. // Матеріали XX з'їзду хірургів України.— Тернопіль, 2002.— Т. 2.— С. 57–58.

5. *Евсеев М. А.* Новые возможности оценки степени тяжести состояния у больных старческого возраста с острым холециститом // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова: Материалы конгр.; Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко.— М., 2001.— С. 110–111.
6. *Королев Б. А.* Экстренная хирургия желчных путей / Б. А. Королев, Д. Л. Пиковский.— М.: Медицина, 1990.— 240 с.
7. *Нурмухамедов Р. М.* Тактика оперативного лечения при непроходимости общего желчного протока / Р. М. Нурмухамедов, Ю. Ю. Хаимов, М. Х. Хаджибаев // Вест. хир.— 1989.— № 12.— С. 19–21.
8. *Рудин Э. П.* Хирургическое лечение больных желчекаменной болезнью / Э. П. Рудин, С. В. Юрченко, С. В. Казанцев // Хирургия.— 1990.— № 10.— С. 33–38.
9. *Стручков В. И.* Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте / В. И. Стручков, С. В. Лохвицкий, В. И. Мисник.— М., 1978.— 183 с.
10. *Хирургическое лечение острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста* / Г. И. Дуденко, В. Г. Передерий, А. Я. Цыганенко, В. Н. Хворостинка.— Х.: Прапор, 1993.— 182 с.
11. *Хирургическое лечение холедохолитиаза и стенозирующего папиллита* / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Г. Кашенко-Боган, М. И. Ивахненко // *Анналы хир. гепатологии.*— 1998.— Т. 3, № 3.— С. 84–85.
12. *Холедоходуоденоанастомоз при холедохолитиазе* / Н. Г. Григолия, М. Г. Гочечиладзе, И. И. Давитаия и др. // *Анналы хир. гепатологии.*— 1998.— Т. 3, № 3.— С. 50–51.

К вопросу о лечении холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста

А. А. Попов, В. Б. Ахрамеєв, А. А. Дерев'янку, В. Д. Тимофеев, Е. Е. Мартюшев

За последние 7 лет выполнено 324 операции при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Из них у 93 (28,7%) больных выполнялись операции на желчевыводящих путях. Разработана тактика предоперационной подготовки и лечения больных, определены показания к холедохотомии и методы ее завершения. Предпочтение отдается наружному дренированию после восстановления проходимости внепеченочных желчных ходов. Разработанная тактика позволила снизить послеоперационную летальность у больных пожилого и старческого возраста с 10,6 до 5,4%.

To the issue of treatment of choledocholithiasis in patients of elderly and senile age

O. A. Popov, V. B. Akhramieiev, O. A. Derev'ianko, V. D. Tymofieiev, Ye. Ye. Martiushev

324 surgical operations have been executed for the acute cholecystitis in patients of elderly and senile age during the last 7 years. From them 93 patients (28.7%) were undergone the surgery on bile excretory ways. The approach preoperative preparation and treatment of patients has been developed, indications to choledochotomy and methods of its completing have been determined. The preference is given to the external drainage after the restoration of anhepatic bile tracts. The developed approach allowed decreasing the postoperative mortality in elder and senile patients from 10.6 to 5.4%.