

фракции плазмы (1 группа) и плазмафереза с возмещением плазмотери криосупернатантной фракцией плазмы (2 группа).

После лечения в первой группе больных без мокроты в бронхах было больше, чем во второй группе на 33,4% ( $p < 0,001$ ), а лиц со слизистой и слизисто-гнойной мокротой в них - меньше на столько же.

Изменения слизистой оболочки бронхов до лечения в обеих группах больных были одинаковыми (табл. 1). После лечения в первой группе число больных с бледно-розовой слизистой оболочкой бронхов было больше на 35% ( $p < 0,05$ ), чем во второй, а число лиц с отеком и диффузной гиперемией 1 степени - меньше на 33,3% ( $p < 0,001$ ). Отек и диффузная гиперемия 2 степени чаще встречались во 2 группе больных - на 15,1% ( $p < 0,01$ ).

**Таблица 1. Характер изменения слизистой оболочки бронхов у больных после комплексного лечения с применением плазмафереза с возмещением плазмотери криосупернатантной фракцией плазмы.**

Характер поражения слизистой бронхов	Группы больных											
	первая (n=60)					вторая (n=60)						
	до лечения		после лечения			до лечения		после лечения			p> до лечения	P после лечения
абс число	%	абс число	%	p1	абс число	%	абс число	%	p1			
Отек + диффузная гиперемия 1 ст	11	18,3	10	16,7	>0,5	20	30,0	30	50,0	<0,05	0,05	<0,01
Отек + диффузная гиперемия 2 ст	19	31,7	1	1,6	<0,001	22	36,7	10	16,7	<0,02	0,5	<0,001
Отек + диффузная гиперемия 3 ст	17	28,3	-	-	<0,002	13	21,7	-	-	<0,001	0,25	
Очаговая гиперемия 1 ст	7	11,7	18	30,0	>0,05	5	8,3	10	16,7	>0,5	0,5	>0,05
Бледно-розовая	6	10,0	31	51,7	<0,001	2	3,3	10	16,7	<0,02	0,1	<0,05
Всего	60	100,0	60	100,0		60	100,0	60	100,0			

**Выводы:** У больных острым абсцессом и гангреной легкого комплексное лечение с применением криосупернатантной фракцией плазмы по сравнению с пациентами, у которых использовался в лечении плазмаферез с возмещением плазмотери криосупернатантом плазмы, чаще на 33,4% ( $p < 0,001$ ) отсутствовала мокрота в бронхиальном дереве, и на 35% ( $p < 0,05$ ) чаще наблюдалась бледно-розовая слизистая оболочка.

**Литература:**

1. Бомбизо В.А. Применение криоплазменного антиферментного комплекса в лечении больных с распространенным перитонитом 2005 [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Бомбизо В.А. – Москва, 2005. – 23 с.  
 2. Гавриков В.В. Экстракорпоральная гемокоррекция в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Гавриков В.В. – Омск, 2005. – 25 с.

3. Кулешова О.Д. Исследование состояния легочной микроциркуляции и вентиляции методом пульмоноскопграфии при определении эффективности лечения и прогноза у больных с острым абсцессом легкого [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Кулешова О.Д. – Москва, 2005. – 25 с.  
 4. Лапшин С.П. Экстракорпоральная гемокоррекция в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Лапшин С.П. – Омск, 2006. – 24 с.  
 5. Akopov, A. L. Laser plasmapheresis for treatment of pulmonary and pleural suppurative diseases / Akopov, A. L.; Bely, K. P.; Berezin, Yu. D.; Orlov, S. V. // Proc. SPIE Vol. 2769, p. 87-93, Laser Optics '95: Biomedical Applications of Lasers, Victor A. Serebryakov; Ed. http://adsabs.harvard.edu/abs/1996SPIE.2769...87A

УДК 616.366-089.87-053.9-06

**Осложнения после холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста**

**М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии №2 с урологией**

**Резюме**

*Острый холецистит в большинстве случаев у больных пожилого и старческого возраста протекает в атипичной форме. При деструктивных формах острого холецистита, осложненного желтухой, перитонитом, холангитом, показана срочная операция.*

*Запоздалое оперативное вмешательство приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям со стороны печени, легких, сердечно - сосудистой системы, эти осложнения становятся причиной летальных исходов.*

## Тұжырым

**ЕРЕСЕК ЖӘНЕ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСҚА ЖАСАЛҒАН ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАР****М.М. Гладинец, Д.Г. Кондратьев**

*Жедел холецистит ересек және қарт адамдарда көп жағдайда атипиялық формада өтеді. Жедел холецистит сарғаю, перитонит, холангитпен асқынған деструкциялық түрлерінде шұғыл операция көрсетілген.*

*Кеш жасалған операция операциядан кейінгі бауыр, өкпе, жүрек-қан тамыр жүйесі жағынан ауыр асқынуларға әкеледі, бұл асқынулар летальды жағдайлар себебі болады.*

## Summary

**COMPLICATIONS AFTER A HOLETISTOECTOMY AT PATIENTS OF ADVANCED AND SENILE AGE****M.M. Gladinets, D.G. Kondratyev**

*Acute cholecystitis in most cases appears in atypical form in old patients.*

*Emergency operation is indicated in destructive form of acute cholecystitis. Complicated by jaundice, peritonitis, cholangitis,*

*Delayed operation performance lead to severe postoperative complications from liver, lungs, cardiovascular system. These complications become the case of mortal outcomes.*

В последние два десятилетия количество больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом значительно увеличилось, по данным отечественных и иностранных примерно составляет от 60 до 88%. По данным нашей клиники БСМП осложненными формами заболевания в хирургическое отделение поступают от 60,5 до 83,2% таких пациентов.

Анализ клинических наблюдений показал, что у многих больных пожилого и старческого возраста в первые часы заболевания могут развиваться деструктивные изменения в стенке желчного пузыря гангрена, флегмона, сопровождающиеся тяжелыми изменениями в паренхиме печени гепатит, холангит, множественные некротические очаги, белковая и жировая дистрофия.

При тяжелых морфологических изменениях в желчном пузыре и желчевыводящих протоках печени у большинства больных заболевание протекает даже при нормальной температуре тела и неизменной гематологической формулой крови. В настоящее время острый холецистит у лиц геронтологического возраста старше 60 лет расценивается как качественно новый процесс, отличный от того, который развивается у людей молодого и среднего возраста А. А. Шабанов, В.С. Савельев, Д.Л. Пиковский, Б.А. Королёв, А.А. Шалимов, В.В. Виноградов.

Атипичность клинического течения, как правило, приводит к большому числу диагностических ошибок. По литературным, данным ошибочный диагноз ставят у 35,8-50% больных поступивших в хирургический стационар, а в клинике частота ошибочной диагностики превышает 18%, В.С. Савельев, А.А. Шалимов. В результате ошибок диагностики - 31% пациентов лечились на дому от 5 до 7 дней от других заболеваний, в результате чего оперативное вмешательство осуществлялось с опозданием. Летальность после холецистэктомии составляет от 7,2 до 12,9%, А. Н. Шабанов и соавт.; Б. А. Королев и Д.Л. Пиковский, А.А. Шалимов, Б.А. Петров и соавт. Большая частота летальных исходов зависит от возраста больных, тяжести сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и легочной систем, печени и желчевыводящих протоков, от выраженности интоксикационного синдрома, а также сроков оперативного вмешательства.

В клинике БСМП хирургами-интернами, клиническими ординаторами клиники проанализированы 800 истории болезни у больных острым холециститом в возрасте от 60 до 98 года женщин - 532, мужчин - 268 больных выявлены тяжёлые сопутствующие заболевания; ожирение, диабет, атеросклероз, коронарокардиосклероз с наличием тахикардической формой мерцательной аритмии и сердечно-сосудистой недостаточности, гипертоническая болезнь, пневмосклероз, лёгочная патология. В связи с тяжелой сопутствующей патологией и атипичностью клинического течения острого холецистита у 79 больных в хирургическом отделении диагностирован ограниченный желчный перитонит, у 25-разлитой перитонит. По тяжести патологического процесса и срокам оперативного вмешательства больные нами разделены на 3 группы.

В первой группе было 167 пациентов. Консервативная терапия у них не принесла успеха, интоксикация нарастала, температура тела не снижалась. Лейкоцитоз нарастал со сдвигом формулы крови влево. У 29% пациентов увеличивалось содержание билирубина, у 38% пальпировался край печени, выступающий до 4 см из-под реберной дуги подтвержденные УЗИ. Больные были прооперированы в сроки от 4 до 6 дней. Поздние оперативные вмешательства у больных с клинической картиной местного перитонита произведены из-за отказа их от оперативного пособия и мнимого улучшения от консервативной терапии. На время операции установлен гангренозный холецистит у 62 или 36,8% больных, флегмонозно-гангренозный - у 43 или 26,1%, флегмонозный - у 40 или 23,8%, обострение хронического холецистита со спаечным процессом, инфильтратом - у 22 или 13%. Выпот в брюшной полости обнаружен у 52 больных.

Камни в просвете желчного пузыря обнаружены у 126 пациентов 75%, холедохолитиаз - у 16 или 9,5%. Холецистэктомия от шейки с холедохотомией выполнена у 150 или 89,2 % больных, холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом - у 10 5,9%. Гепатит с переходом в цирроз был у 20 человек, гнойный холангит - у 62, холангиосепсис - у 8, хронический индуративный панкреатит - у 22. В послеоперационном периоде печеночно-почечная недостаточность ППН развилась - у 26 или 15,3% больных, абсцесс печени - у 5, что составляет 2,9%, пневмония - у 29 или 17,2% сердечно-сосудистая недостаточность - у 21 или 12,4%. Летальные 36 или 22% больных: от плевропневмонии - 7 пациентов 18,9%, от печеночно-почечной недостаточности 17 или 45,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности - 9 пациентов, что составило - 14,3% от разлитого перитонита - 4 или 10,8%.

Вторая группа представлена - 239 больных или оперированы в сроки более недели-отсроченные операции. Интенсивная консервативная терапия принесла временное облегчение, однако в дальнейшем интоксикация нарастала и больные подверглись оперативным вмешательствам. Гангренозный холецистит был у 66 или 27,7% больных, флегмонозно-гангренозный у 114 или 47,5%, обострение хронического холецистита у 59 24,8%. Разлитой перитонит обнаружен у 9 человек, ограниченный - у 59, гнойный холангит - у 47 или 19,6%, гепатит и цирроз печени - у 48 или 10,0%. Холецистэктомия выполнена у 229 больных, в том числе с холедохотомией - у 68, с холедоходуоденоанасто-

мозом - у 39. У 10 больных произведена холецистостомия. В послеоперационном периоде развились следующие осложнения: Печеночно-почечная недостаточность - у 40 или 16,7% больных, перитонит - у 16 или 6,7%, гнойный холангит - у 9 или 3,7%, пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность - у 43 или 17,9%. Умерли 39 или 16,3% больных: от печеночно-почечной недостаточности - 14 или 35,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности - 14 или 35,9%, от перитонита - 6 или 15,5%, от пневмонии, сепсиса - 3 или 7,9%, от сердечно-сосудистой недостаточности и тромбоза легочной артерии - 1 или 2,8%.

К 3-й группе отнесены 394 больных, оперированных в сроки от 6 до 72 ч с момента заболевания. Кратковременная консервативная терапия, направленная на снятие интоксикации и восстановление нарушенных обменных процессов в организме, не принесла положительных результатов. Во время операции гангренозный холецистит обнаружен у 132 или 33,6% больных, флегмонозно-гангренозный - у 121 или 30,8%, флегмонозный - у 90 или 22,9%, катаральный - у 21 или 5,6%, обострение хронического холецистита - у 30 или 7,1%. Камни желчного пузыря найдены у 89,2% больных. До 24 ч с момента заболевания оперирован 201 больной 51%, в сроки от 24 до 48 ч - 121 или 30,7%, от 48 до 72 ч - 72 или 18,3%. Холецистэктомия произведена у 226 больных, холецистэктомия с холедохотомией - у 104 и с холедоходуоденоанастомозом - у 24.

В послеоперационном периоде развились следующие осложнения: Печеночно-почечная недостаточность - у 30 или 7,6% человек, пневмония и сердечно-сосудистая недостаточность у 27 или 6,8%, перитонит - у 16 или 4,06%, подпеченочный абсцесс - у 6 или 1,5%, холангиосепсис - у 9 или 2,25%. Умерли 32 или 8,12% человека: от печеночно-почечной недостаточности - 14 или 43,8%, от пневмонии - 2 или 6,8%, от пневмонии и сердечно-сосудистой недостаточности - 7 или 21,8%, от множественных абсцессов печени - 4 или 12,6%, от холангиосепсиса - 3 или 9,8%, от перитонита - 2 или 6,2%. Одной из ведущих причин летальности является печеночно-почечная недостаточность. У 136 больных с различными формами острого холецистита проведено исследование биоптатов печени, взятых во время операции. Установлено, что в паренхиме развиваются белковая и жировая дистрофия, множественные очаговые некрозы печеночных клеток, гнойный холангит, гепатит, цирроз. Кроме того, в ткани печени увеличивается количество глобулинов за счет альбуминов, снижается уровень цистина, аргинина, метионина, фенилаланина, аспарагиновой и глутаминовой кислот. Снижается также уровень сульфгидрильных групп и уровень иммуноглобулинов А, G и М. Имеется тенденция к понижению содержания общего азота. Степень поражения печени находится в прямой зависимости от длительности и характера изменений в стенке желчного пузыря. Немаловажными факторами в развитии печеночно-почечной недостаточности являются метод обезболивания, длительность и травматичность операции, величина кровопотери во время операции, степень развития гипоксии, передозировка или несовместимость применяемых лекарственных препаратов, выраженность интоксикации. Наши наблюдения показали, что чем раньше удаляется очаг интоксикации, тем меньше осложнений возникает в послеоперационном периоде.

Второе по частоте осложнение - пневмония. Пневмония чаще развивается у больных малоподвижных, тучных, с пневмосклерозом, эмфиземой легких, коронарокардиосклерозом, имеющих деструктивные изменения в желчном пузыре. Большое значение для возникновения пневмонии имеет применение косо параллельно правой реберной дуге разреза с пересечением межреберных нервов, что уменьшает дыхательную экскурсию грудной клетки и приводит к резкой гиповентиляции. Применяемая на следующий день после операции активная дыхательная гимнастика и оксигенотерапия снижают частоту развития пневмонии с 39,1 до 8,3%. Немаловажное значение для развития пневмонии имеет выбор метода обезболивания. Больные пожилого и старческого возраста плохо переносят эфирный наркоз. По данным литературы, он не только отрицательно действует на печень, почки, но и на мышцу сердца и легочную ткань. Лучше всего больные переносят закись азота.

Перитонит относится к частым осложнениям у больных с деструктивными формами острого холецистита. У 2 человек развился перитонит в результате загрязнения брюшной полости гнойным содержимым желчного пузыря; у 3 пациентов развился желчный перитонит в результате истечения желчи из ложа желчного пузыря после холецистэктомии.

К частым осложнениям относится сердечно-сосудистая недостаточность, нередко сочетающаяся с пневмонией. Она возникает у лиц с выраженными склеротическими изменениями в мышце сердца, коронарных сосудах, у имеющих деструктивные изменения в желчном пузыре. Подпеченочный абсцесс, гнойный холангит, холангиосепсис, абсцесс печени чаще возникают у больных, длительно лечась консервативно и имеющих тяжелую интоксикацию и низкий уровень иммуноглобулинов. Лечение осложнений представляет трудную задачу. Эти больные имеют глубокие изменения со стороны жизненно важных органов сердца, печени, почек и тяжелую интоксикацию, в результате чего развиваются гипоксемия и дегенеративные изменения, в первую очередь в мышце сердца. Профилактика этих нарушений требует систематической коррекции белкового, водно-солевого, витаминного баланса. Отдаленные результаты изучены у 193 больных в сроки от 3 до 15 лет. Боли в правом подреберье были у 12 человек, послеоперационные грыжи - у 14, спаечная болезнь - у 6, наружные желчные свищи - у 2, холедохолитиаз - у 2, стеноз дистального отдела холедоха - у 1. Самым частым осложнением являются послеоперационные грыжи. Они возникли у больных с дряблой брюшной стенкой, у тучных людей с атрофией мышц передней брюшной стенки, у которых применен косой разрез и дренирование брюшной полости. 25 больных оперированы повторно, 5 из них умерли от пневмонии и сердечно-сосудистой недостаточности - 2, от перитонита - 2, от холангита, холангиосепсиса - 1.

#### **Литература:**

1. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. Хирургические болезни, 3-е издание, - М.: Медицина, 2002. - 165с.
2. Ковалев М. М., Шевченко В.С. - В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. - Киев, 1968, - вып. 12, - С. 5-10.
3. Астаров Э.А. Хирургические болезни. - Астана 2003. - С. 43-67.
4. Клиническая хирургия: национальное руководство + CD: в 3-х томах. - М.: ГЭОТАР-Мед. - 2008. Т.1.-864 с.
5. Хирургические болезни: Учебник + CD: в 2-х т./ под. Ред. В.С. Савельева и др - М.: ГЭОТАР-Мед.-2008.- Т.1. - 608 с.; Т.2. - 400 с.
6. Шалимов А.А с соавт., Руководство по абдоминальной хирургии. К., 2006. - 345с.