

# ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ВЫБОРА ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Доц. М. М. Пулатов, доц. М. И. Х. Магзумов

Ташкентская медицинская академия

*Проанализированы данные лечения 74 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сочетании с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненными механической желтухой и холангитом у лиц пожилого и старческого возраста. Доказано, что более объективным методом определения степени тяжести больных является математический метод и при данной патологии предпочтительно выполнение двух и трех этапных операций.*

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха.

**ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ Й ВИБОРУ ОБСЯГУ ОПЕРАЦІЇ В ОСІБ ЛІТНЬОГО Й СТАРЕЧОГО ВІКУ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ЗА КОМБІНАЦІЇ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ Й ХОЛАНГІТОМ**

Доц. М. М. Пулатов, доц. М. І. Х. Магзумов

*Проаналізовано дані лікування 74 хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки в комбінації з жовчнокам'яною хворобою, холедохолітіазом, ускладненими механічною жовтяницею й холангітом в осіб літнього й старечого віку. Доведено, що більш об'єктивним методом визначення ступеня тяжкості хворих є математичний метод і за даної патології є кращим виконання двох і трьох етапних операцій.*

**Ключові слова:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз, механічна жовтяниця.

**THE PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS AND THE DEFINITION OF VOLUME OF OPERATIONS AT ULCERATED DISEASE OF DUODENUM IN PERSONS OF THE ELDERLY AND SENILE AGE IN CONJUNCTION WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND CHOLANGITIS**

M. M. Pulatov, M. I. H. Magzumov

*Data about 74 patients of the elderly and senile age with duodenal ulcer in conjunction with cholelithiasis, choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice and cholangitis have been analysed. It is proved that the most objective method of disease severity estimation is the mathematical method and it is preferable to execute double- and triple-step surgery at the given pathology.*

**Keywords:** ulcerated disease of duodenum, cholelithiasis, choledocholithiasis, obstructive jaundice.

С увеличением средней продолжительности жизни возрастает число больных, страдающих двумя и более хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Одновременная хирургическая коррекция в этих случаях предпочтительна, так как избавляет больного одновременно сразу от двух и более хирургических заболеваний [1, 2]. Вместе с тем, симультанное оперативное (СО) лечение больных с 2–3 хирургическими заболеваниями органов брюшной полости представляет собой довольно сложную проблему как для хирургов, так и для анестезиологов из-за высокого риска операции.

С определенными трудностями сталкиваются хирурги и анестезиологи при объективной оценке степени тяжести больных (СТБ), выборе хирургической тактики и объема операции, особенно у людей

пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) при сочетании с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой (МЖ) и холангитом [1, 2, 3, 6].

С одной стороны, при ЯБДПК в сочетании с ЖКБ, холедохолитиазом (ХЛ), осложненными МЖ и холангитом, нарушается свертываемость крови, что отрицательно влияет на все паренхиматозные органы. С другой, с возрастом развиваются естественные инволютивные изменения организма, увеличивается частота сопутствующих патологий, приводя к снижению сопротивляемости организма к различным агрессиям, в том числе и к хирургическим. Кроме того, данное сочетание усугубляет тяжелое состояние больных, особенно при их осложненном течении. Поэтому даже для опытных хирургов выбор тактики и объема

операции при осложненном течении ЯБДПК и ЖКБ бывает затруднительным [2, 5, 6].

Однако современное развитие анестезиологии и реанимации значительно расширяет возможности при правильном выборе тактики и объема операции для данной патологии.

**Цель работы** — улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с ЯБДПК в сочетании ЖКБ, ХЛ, осложненными МЖ и холангитом.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 74 больных (27 мужчин и 47 женщин) пожилого и старческого возраста (от 60 до 70 лет — 43, от 71 года до 80 лет — 23, старше 80 лет — 8) с ЯБДПК в сочетании с ЖКБ, ХЛ, осложненными МЖ и холангитом.

С учетом особенностей течения ЯБДПК и ЖКБ, осложненной МЖ и холангитом, у пожилых, все больные осмотрены смежными специалистами. При необходимости выполнены дополнительные исследования. Одновременно произведена коррекция функции сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других систем.

СТБ определялась математическим методом, разработанным в нашей клинике [4]. На основании 24 клинико-диагностических признаков вычислен долевой вклад, то есть удельно-диагностический вес (УДВ) каждого признака. На основании учета общих, локально специфических и локально неспецифических признаков как ЯБДПК, так и ЖКБ вычисляли коэффициент исходного состояния. Этот метод является наиболее объективным методом количественной оценки исходного состояния больного (табл. 1).

При этом СТБ разделили на 3 группы: если коэффициент исходного состояния больного превышает так называемую норму до 5 раз, то состояние больного можно расценить как 1 категорию тяжести; если коэффициент исходного состояния больного превышает так называемую норму от 5 до 8 раз, то состояние больного можно расценить как 2 категорию тяжести; если коэффициент исходного состояния больного превышает так называемую норму свыше 8 раз, то состояние больного можно расценить как 3 категорию тяжести.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выбор тактики и объем оперативного лечения зависят от СТБ. При 2 и 3 категории тяжести проводили двухэтапное лечение: 1 этап — коррекция осложнений ЯБДПК и ЖКБ, а также сопутствующих заболеваний; 2 — основная, то есть СО. Иногда для снижения инвазивности хирургического пособия лечение выполнялось даже в три этапа: 1 — эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с назобилиарным дренированием или стентированием холедоха; 2 — ЭПСТ с холедохолизомом; 3 — операция по поводу ЖКБ и ЯБДПК.

У отдельных крайне тяжелых пациентов ограничивались лишь одним этапом — ЭПСТ, позволяющим восстановить пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку, а также удалить камни из холедоха или чрескожно-чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХС). Кроме того, эндоскопические операции старались выполнять в ранние сроки (1–2 день) после госпитализации. Сроки операции определяли в зависимости от общего состояния больных, степени интоксикации организма, тяжести сопутствующих заболеваний и выраженности деструктивных изменений в желчном пузыре и клинико-биохимических показателей крови, билирубина, коагулограммы и гемоглобина. Так, у 45 больных с высоким уровнем билирубина крови при отсутствии тенденции к его снижению первым этапом выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) с ЭПСТ, из них у 31 произведена литоэкстракция. В 6 случаях первым этапом выполнена ЭРПХГ с назобилиарным дренированием или стентированием холедоха, а вторым этапом проведена ЭПСТ, в 4 случаях выполнена ЭРПХГ с литоэкстракцией, в 8 — ЧЧХГ с холангистомией.

В 4 особо сложных случаях при очень высоком риске эндоскопических манипуляций для уточнения диагноза проведено компьютерно-томографическое исследование.

После уточнения диагноза проводилось лечение, направленное на улучшение общего состояния больного, и после стабилизации СТБ производились ЭПСТ с литоэкстракцией.

Экстренные открытые холецистэктомии произведены 11 пациентам в связи с деструктивным процессом в желчном пузыре. При этом из-за тяжести состояния и выраженной инфильтрации в области гепатодуоденальной связки у 8 человек после удаления желчного пузыря ограничили наружным дренированием холедоха и только у 3 выполнили холедохолизомом с холедоходуоденоанастомозом. В послеоперационном периоде через 8–12 сут у 8 больных производили ЭПСТ с вымыванием конкрементов теплым раствором новокаина, вводимого через наружный дренаж холедоха (3), или удалением их с помощью корзинки Дормиа (5). Только в 3 случаях выполнена СО, а 8 из-за тяжелых сопутствующих заболеваний после улучшения состояния выписаны без оперативных вмешательств.

Из 63 больных, перенесших 1–2 этап лечения, в последующем у 43 выполнена холецистэктомия (ХЭ) и трунккулярная ваготомия с антрумэктимией по Бильрот-1, у 17 — ХЭ, холедохолизомом с холедоходуоденоанастомозом и трунккулярная ваготомия с антрумэктимией. У 2 пациентов ХЭ не выполняли из-за их отказа. При 3 категории СТБ в одном случае после стихания явлений холецистита операции не предлагали из-за отсутствия улучшения состояния и тяжести сопутствующих заболеваний.

Таблиця 1

**Характер клиничко-діагностических показателів і їх УДВ  
для оцінки вихідного стану хворих з ЯБДПК і ЖКБ**

Признак	Сумма градации предварительных поправочных коэффициентов (ППК)/значение каждого признака	УДВ
<i>Общие неспецифические</i>	294,6	21,88
Пол	10,0	0,74
Возраст	39,8	2,95
Сопутствующие заболевания	134,6	9,97
Пульс	9,0	0,66
Уровень артериального давления	10,0	0,74
Содержание гемоглобина	20,6	1,52
Число лейкоцитов	45,6	3,38
СОЭ	7,5	0,56
Общий белок крови	6,3	0,47
Натрий плазмы	5,7	0,42
Кальций плазмы	6,3	0,47
<i>Общие специфические</i>	244,2	18,09
Язвенный и желчнокаменный анамнез	56,9	4,22
Боль при ЖКБ и ЯБДПК	42,2	3,12
Безуспешная консервативная терапия ЯБДПК	31,2	2,31
Моторно-эвакуаторная функция желудка	12,8	0,95
Кислотность желудочного сока	67,6	5,01
Наличие механической желтухи	33,5	2,48
<i>Локально-специфические</i>	810,4	60,03
Локализация язвы по протяжению желудочно-кишечного тракта	69,6	5,15
Локализация язвы по периметру желудочно-кишечного тракта	117,3	8,69
Размер язвы	61,5	4,55
Осложнение язвы (число и степень)	151,2	11,2
Осложнение холецистолитиаза (число и степень)	162,2	12,02
Осложнение холедохолитиаза (число и степень)	147,4	10,92
Наличие патологий, требующих хирургической коррекции в билиарном дереве и усложняющих холецистэктомиию	101,2	7,5
<b>E<sub>1-24</sub> сумма абсолютных значений ППК</b>	<b>1349,2</b>	<b>100</b>

В послеоперационном периоде тяжелые осложнения развились у 7 (9,4%) больных, из них 4 (5,4%) умерли. У всех были деструктивные формы холецистита и осложненная ЯБДПК с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

### ВЫВОДЫ

Хирургическое лечение при сочетании ЯБДПК и ЖКБ, осложненных МЖ и холангитом, обусловленными холедохолитиазом, у больных пожилого и старческого возраста должно быть дифференцированным и поэтапным, в зависимости от СТБ. Следует учитывать

клиническую картину заболевания, общее состояние пациентов, тяжесть сопутствующих заболеваний, степень интоксикации организма, уровень билирубина крови, гемоглобина, водно-электролитного обмена и др.

При правильной оценке СТБ, а также в зависимости от этого при правильном выборе тактики и объема оперативного вмешательства по поводу ЯБДПК и ЖКБ, осложненной МЖ и холангитом, обусловленными холедохолитиазом, пожилой и старческий возраст не являются противопоказанием к выполнению СО.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Графов А. К.* Современные аспекты диагностики и лечения больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27 «Хирургия». ОГУ / А. К. Графов. — Воронеж, 2006. — 43 с.
2. *Жидков С. А.* Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет / С. А. Жидков // Клинический геронтолог. — 2003. — № 9. — С. 98.
3. *Маховский В. З.* Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты их хирургического лечения / В. З. Маховский // Хирургия. — 2006. — № 5. — С. 18–22.
4. *Назыров Ф. Г.* Классификация эхинококкоза печени и методы его хирургического лечения / Ф. Г. Назыров, Ф. А. Ильхамов // Анналы хирургической гепатологии. — 2005. — № 10 (1). — С. 8–11.
5. *Пашковский О. М.* Одноэтапные операции при сочетанной хирургической патологии у пациентов с желчнокаменной болезнью: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / О. М. Пашковский. — М.: Гос. ин-т усовершенствования врачей, 2008. — 22 с.
6. *Селезнева Э. Я.* Особенности клинического течения сочетания желчнокаменной и язвенной болезни у больных в пожилом и старческом возрасте / Э. Я. Селезнева // Клинический геронтолог. — 2006. — № 1. — С. 66–68.