

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

На правах рукопису

**БЕРЖАНСЬКИЙ
Андрій Петрович**

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ
У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
З ОБЛІКУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ**

14. 01. 03 - хірургія

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Харків - 1996

677

НВ.36.145

Дисертація є рукопис.

Робота виконана у Харківському ДД ЛННБ України ім.В.Стефаніка

Науковий керівник - Лаурент Держ



Заслужений діяч 00757088 (Z)

доктор медичних наук,

професор Володимир Іванович Лупальцев.

Офіційні опоненти - Заслужений діяч науки і техніки України,

доктор медичних наук,

професор Станіслав Іванович Шевченко;

Заслужений діяч науки і техніки України,

доктор медичних наук,

професор Борис Макарович Даценко

Провідна установа - Харківський науково-дослідний інститут загальної та невідкладної хірургії.

Захист відбудеться "28" листопада 1996 р. о 13³⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 02.38.04 при Харківському Державному медичному університеті (310022, м. Харків, пр. Леніна, 4).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського державного медичного університету за адресою: 310022, м. Харків, проспект Леніна, 4.

Автореферат розіслано "26" жовтня 1996 р.

Вчений секретар спеціалізованої ради,
кандидат медичних наук, доцент

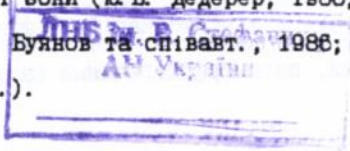
В. В. КИСЛИЦЯ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ. Гострий холецистит - одне з самих частих захворювань органів черевної порожнини в ургентній хірургії. Із загальної кількості хворих, що госпіталізовані у невідкладному порядку, зазначена паталогія складає 20-25 %, з яких більш 50 % - особи старіші 50 років (М. М. Бондаренко та співавт., 1982; О. О. Шалимов та співавт., 1983; С. А. Боровков, 1984; В. М. Буянов та співавт., 1985; В. Т. Зайцев та співавт., 1989 та ін.). При цьому летальність у зазначеній віковій групі складає 10-26 % (В. Д. Бра-тусь та співавт., 1983; В. М. Буценко та співавт., 1990; Б. В. Дома-нський та співавт., 1990 та ін.).

Треба відзначити, що віковий склад хворих в останні роки стає новою стороною проблеми гострого холециститу, так як з кожним роком відзначається зростання захворюваності при вказаній паталогії у групі геріатричних хворих. Саме в цих хворих плін основної хво-роби у 72-84 % випадків розвивається на фоні виражених змін віта-льних систем організму, що природньо виявляється на його адаптаці-йно-компенсаторних можливостях, більш ніж у 57 % хворих відзначає-ться сполучення кількох супутніх захворювань (В. Т. Зайцев та спі-вавт., 1979; К. І. Мишкін та співавт., 1980; В. Н. Добачев, 1990; А. В. Воронов та співавт., 1991 та ін.).

У 29-39 % хворих похилого та старечого віку відзначаються ус-кладнені форми гострого холециститу, а у 32-43 % - їх сполучення. При цьому звертає на себе увагу, що в 29-43 % хворих у паталогіч-ний процес, що розгортається при гострому холециститі, залучаються органи гепатопанкреатодуоденальної зони (Ю. Б. Дедерер, 1980; В. І. Лупальцев та співавт., 1985; В. Н. Буянов та співавт., 1986; В. І. Лупальцев та співавт., 1994 та ін.).



Частота післяопераційних ускладнень, що у значній мірі визначає кінець хвороби, у групі хворих старіше 60 років коливається від 24.5-90 % (К. І. Миткін та співавт., 1980; В. Т. Зайцев та співавт., 1981; В. В. Родіонов та співавт., 1983; Д. Мянїсте, 1990 та ін.). Одним із найбільш грізних ускладнень післяопераційного періоду є печінково-ниркова недостатність, яка серед причин летальних виходів складає 10-46 %, у ряді випадків до 78 % (Е. І. Гальперін та співавт., 1978; Х. Х. Мансуров, 1978; М. С. Маргуліс та співавт., 1984, А. А. Коаїрев, 1987; В. Т. Зайцев та співавт., 1994 та ін.).

З обліком вищевикладеного стає очевидним роль печінки та її функціонального стану для виходу та прогнозу при гострому холециститі у осіб похилого та старечого віку. А якщо прийняти до уваги розвиток у цього контингенту хворих вторинного імунодефіциту (Є. Ф. Чернушенко та співавт., 1978; І. А. Юсупов, В. Ф. Попов, 1983 та ін.), характер взаємовідношень між функціональним станом печінки та імунологічною реактивністю організму викликає особливий інтерес.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити функціональний стан печінки та імунологічної реактивності організму при гострому холециститі у хворих похилого та старечого віку та розробити на цій підставі найбільш шадячі методи його хірургічного лікування.

Для досягнення поставленої мети дослідження припускається рішення наступних ЗАДАЧ:

1. Вивчити у динаміці порушення функціонального стану печінки у хворих гострим холециститом на підставі дослідження основних видів обміну речовин (білкового, пигментного, ліпідного, ензиматичного), дезінтоксикаційної функції печінки у зіставленні з клінічними, патаморфологічними та інструментальними даними.

2. Вивчити у до- та післяопераційному періоді стан імунних реакцій у цього контингенту хворих.

3. Розробити патогенетично обгрунтовану комплексну схему доопераційної підготовки та післяопераційного ведення геріатричних хворих із гострим холециститом, що протікає з явищами функціональної недостатності печінки та імунологічної реактивності організму.

4. Вивчити та обгрунтувати критерії індивідуального підходу у виборі хірургічної тактики та раціонального методу оперативного лікування гострого холецистити у хворих похилому та старечого віку.

НАУКОВА НОВИЗНА

У роботі вперше на великому клінічному матеріалі вивчені порушення функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму у осіб похилого та старечого віку, на підставі чого розроблена комплексна, патогенетично обгрунтована схема доопераційної підготовки та післяопераційного ведення хворих, що дозволяє оптимізувати результати лікування.

Обгрунтовано застосування імуностимулюючої терапії у ранньому післяопераційному періоді.

Обгрунтовані критерії вибору раціональної хірургічної тактики та методів оперативної допомоги в хворих гострим холециститом у похилому та старечому віці.

ПРАКТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ

Для поліпшення результатів хірургічного лікування хворих гострим холециститом у літньому та старечому віці запропонована комплексна патогенетично обгрунтована схема передопераційної підготовки з урахуванням порушень функціонального стану печінки та

імунологічної реактивності організму. Запропоновані найбільш раціональні методи хірургічної допомоги для цього контингенту хворих, розроблена схема комплексного лікування їх у ранньому післяопераційному періоді. Це дозволило зменшити відсоток післяопераційних ускладнень та летальності.

АПРОВАЦІЯ РОБОТИ ТА ПУБЛІКАЦІЇ

Матеріали дисертації доповідені та обговорені на обласній науково-практичній конференції, присвяченій 10-річчю кафедри хірургічних хвороб Харківського Державного медичного університету (Харків, 1993); I (XVII) з'їзді хірургів України (м. Львів, 1994); міжкафедральному засіданні кафедр факультетської хірургії та хірургічних хвороб Харківського Державного медичного університету (м. Харків, 1995); Пленарному засіданні обласного науково-медичного товариства хірургів (м. Харків, 1996).

Результати дисертації широко використовуються у хірургічному відділенні 31 міської лікарні ТМО Жовтневого району м. Харкова, лекційному матеріалі та практичних заняттях на кафедрі хірургічних хвороб Харківського Державного медичного університету.

ОБСЯГ ТА СТРУКТУРА ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Дисертація викладена на 156 сторінках машинописного тексту (в тому числі 199 сторінок тексту), ілюстрована 25 таблицями і 2 малюнками. Складається із вступу, обсягу літератури, 4 розділи власних спостережень, заключення, висновків, практичних рекомендацій та списку літератури. Останній містить 355 джерел, у тому числі 242 вітчизняних та 93 іноземних.

ДЕКЛАРАЦІЯ КОНКРЕТНОГО, ОСОБЛИВОГО ВНЕСКУ ДИСЕРТАНТА

У РОЗРОБКУ РЕЗУЛЬТАТІВ, ЯКІ ВІНОСЯТЬСЯ НА ЗАХИСТ

Автор брав неопосередню активну участь у лікуванні тематичних хворих, у тому числі й як основний оперуючий хірург, самостійно провів статистичну обробку клінічних та лабораторних даних.

За темою дисертації надруковано 7 наукових робіт.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ, ЩО ВІНОСЯТЬСЯ НА ЗАХИСТ

1. Незадоволеність результатами хірургічного лікування гострого холецистити у осіб похилого та старечого віку вимагає комплексного підходу до вивчення даної проблеми, з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів, що дозволяють виявити порушення гомеостазу при даній паталогії, та визначити патогенетично обгрунтовані методи їх корекції.

2. У геріатричних хворих гострим холециститом досить часто розвиваються виражені порушення функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму, що вимагає патогенетично обгрунтованої корекції їх як у до-, так і в післяопераційному періоді.

3. У найбільш тяжких хворих похилого та старечого віку гострим холециститом з обмеженими функціональними резервами організму доцільно виконувати малотравматичні оперативні втручання, яким є, зокрема, операція накладання контактної мікрохолецистостомії (МХС).

4. Патогенетично обгрунтована схема корекції порушень функціонального стану печінки (ФСЦ) та імунологічної реактивності організму (ІРО) у хворих гострим холециститом старіше 60 років, а також індивідуальний підхід до цього контингенту хворих, дозволяє зменшити відсоток ускладнень та летальності при цьому захворюванні.

ЗМІСТ РОБОТИ

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу праці покладено досвід хірургічного лікування 157 хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом. У відповідності та для досягнення поставленої мети дослідження хворі були розділені на три клінічні групи. Першу групу склали 42 хворих. У нашій роботі вона визначена як "група порівняння". Приводом до її виділення став проведений аналіз причин летальних наслідків у залежності від клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних, хірургічної тактики і методів оперативного посібника. Хірургічна тактика в цій групі хворих носила активно-очікувальний характер за Б. С. Петровим (1971), як у хворих з порушеннями ФСП, так і при їх відсутності. Основним наміром оперативного посібника була холецистектомія (ХЕ). Незадоволеність результатами хірургічного лікування у хворих першої групи стала передумовою до виділення другої та третьої клінічних груп. Друга група - "прогностично безпечна", за даними вивчення ФСП та ІРО, включала 52 хворих. Хірургічна тактика та методи оперативного посібника в даній групі не відрізнялися від тих, що використовувались у хворих першої групи. Третя група - "прогностично небезпечна". До неї ввійшли 63 хворих, у яких до операції були виявлені клінічні та лабораторні ознаки, що вказують на порушення ФСП і ІРО. Хірургічна тактика у цієї групи хворих переглянута на користь активної, з виконанням при відсутності протипоказань, мінімального за обсягом оперативного втручання - мікрохолецистостомії (МХС). Остання була виконана у 31 хворого третьої групи.

Контрольну групу склали 30 хворих старіші 60 років, оперованих у клініці у плановій черзі з приводу неускладнених пупових та пахових гриж.

Методика вивчення клініко-лабораторних спостережень включала комплекс досліджень, що дозволяли міркувати про стан гомеостазу при гострому холециститі в хворих похилого та старечого віку та його окремих ланок - функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму.

Для оцінки функціонального стану печінки досліджували:

1. Білковий обмін, визначаючи:

- загальний білок сироватки крові біуретовим методом;
- білкові фракції - турбодиметричним методом.

2. Пігментний обмін, за рівнем:

- загального білірубіну та його фракцій у сироватці крові за Йендрашеком.

3. Вуглеводний обмін, за рівнем:

- глюкози у крові за методом Хагедорна та Йенсена.

4. Ферментний обмін, визначаючи:

- аланінамінотрансферазу (АлАТ) і аспартатамінотрансферазу (АсАТ) за методом Райтмана та Френкеля;
- лужну фосфатазу (ЛФ) колориметричним методом за допомогою Дніпропетровського набору хімреактивів.

5. Ліпидний обмін, за рівнем:

- загальних ліпідів (ЗЛ) у сироватці крові за кольоровою реакцією із сульфосфосфованіліновим реактивом;
- бета-ліпопротеїдів (Б-ЛП) за Бурштейном та Самаєв.

6. Дезінтоксикаційну функцію печінки, за рівнем:

- молекул середньої маси (МСМ) у сироватці крові за Габрієлянцем (1983).

7. Згортачу та протизгортачу системи крові, досліджуючи:

- час згортання крові за Лі-Уайтом;
- протромбіновий індекс за Квіком;

- фібриноген за Рутбергом;
- толерантність плазми до гепарину за Поллером;
- фібринолітичну активність крові за М. А. Котовщиною-В. І. Кузніком (1966).

Про стан імунологічної реактивності організму судили за функціональними характеристиками Т- та В-систем лімфоцитів (клітинний імунітет), а також за рівнем імуноглобулінів сироватки крові (гуморальний імунітет). Для цього досліджували:

- утримування імуноглобулінів класу А, G, М, кількісне визначення яких проводили засобом звичайної радіальної імунодіфузії за G. Mancini (1955);
- загальні Т-лімфоцити (Е-РОК) у тесті реакції спонтаного Е-роsetкоутворивання з еритроцитами барану (Е) за методом M. Tondal et al. (1972);
- рівень функціонально-активних Т-лімфоцитів (ЕА-РОК), що виявляються за реакцією спонтанного роsetкоутворивання з еритроцитами барану (Е) за методом P. Felsburg et al. (1978);
- рівень теофіліностійких (ТС-РОК-хелперів) та теофіліночутливих (ТЧ-РОК-супресорів) субпопуляцій Т-лімфоцитів, що визначаються за методом S. Limatibul (1978);
- рівень загальних В-лімфоцитів, що визначаються методом комплементарного роsetкоутворивання (ЕАС-РОК) за С. Bianco (1970);
- рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) за методом осаджування з ПЕГ-8000 та одержані результати виражали в умовних одиницях.

Усі одержані кількісно-функціональні характеристики імунної системи оцінювали за рекомендацією ВОЗ (1965).

Дослідження проводилися в динаміці: при вступі до стаціонару, у 1-3-у, 7-му та 14-ту добу післяопераційного періоду. При обстеженні хворих гострим холециститом та осіб контрольної групи, використовувались ідентичні методики, застосовувалась одна й та ж апаратура, дотримувались однакові умови під час проведення дослідження.

Одержані цифрові дані про стан гомеостазу обробляли за методом варіаційної статистики (Л.С. Камінський, 1954; І.Т. Шевченко та співавт., 1970). Вірність розрізень показників, що порівнюються, визначали за критерієм Ст'юдента-Фішера. Відмінності у групах вважали вірними при $P < 0.05$. Статистична обробка проведена на програмованому калькуляторі "МК-51" та персональному комп'ютері "IBM-385".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У роботі узагальнені результати лікування 157 хворих літнього та старечого віку, що були оперовані в клініці з приводу гострого холециститу та його ускладнених форм.

Незважаючи на те, що пізні строки госпіталізації залишаються одним із ключових питань ускладнень і летальних наслідків у цього контингенту хворих, число пацієнтів, що доставлені в строк понад 6 годин з моменту захворювання, склало 82.2 %. З'ясування причин пізньої госпіталізації показало, що у 71.4 % випадків хворі намагалися запобігти приступ самостійно і за медичною допомогою не звертались.

Клінічна картина гострого холециститу у гериатричних хворих у перші години і доби від початку захворювання надто типова. Виняток складають хворі з вираженою супутньою патологією, коли вона преважує над місцевими проявами основного захворювання. По мірі прогресу

сування захворювання та із збільшенням часу від початку приступу, клінічна симптоматика основного паталогічного процесу знижується та стає атиповою. При цьому на перший план виступають симптоми інтоксикації.

Аналіз досліджуваного клінічного матеріалу показав, що найбільш частими симптомами гострого холециститу є біль (100 %), що локалізується у правому підребер'ї та епігастрії, блювота (78.2 %), підвищення температури тіла (85.3 %), надимання живота, затримка стулу і газів (26.7 %), жовтяниця різної інтенсивності та тривалості (22.5 %). Болі в животі носили постійний (15.3 %) або скваткоподібний характер (84.7 %) і частіше за все ірадіювали під праву лопатку та праву надключичну область. Блювання у 13.3 % хворих було одноразовим, а у 78.2 % - багаторазовим. У 30.6 % хворих, що спостерігались відмічено блювання жовчю. Вияву жовтяниці у 70.3 % хворих передувала біль. Необхідно відзначити, що наявність жовтяниці є одним з об'єктивних критеріїв, що вказують на порушення ФСП. Надимання живота, затримка стулу та газів свідчать про наявність ускладнених форм гострого холециститу у вигляді частіше місцевого або дифузного, рідше розлитого перитоніту, а також реакції з боку підшлункової залози. При ускладненому протіканні гострого холециститу вищеперелічені скарги або посилювались і домінували у клінічній картині захворювання, або давали місце симптомам ендогеної інтоксикації, а множини проявів якої нами було виділено симптомокомплекс, який є наслідком порушень ФСП (таблиця 1).

Як видно з наведених у таблиці даних, на порушення ФСП при об'єктивному обстеженні хворих гострим холециститом можуть вказувати зміни з боку центральної нервової, серцево-судинної та сечовиводячих систем, органів травлення, згортаючої та противгортаючої систем крові.

Клінічні прояви порушень функціонального стану печінки
у геріатричні хворих з гострим холециститом при вступі
до стаціонару

Таблиця 1

Функціональна система організму	Клінічні прояви	Усього:	
		кількість	%
		хворих	
Центральна нерво- ва система	Апатія, сонливість, загаль- мованість, ейфорія, слюта- ність свідомості, тремор пальців рук	17	10.8
Серцево-судинна система	Тахікардія, гіпотонія	21	13.4
Сечовиводяча система	Олігурія	29	18.5
Згортувача та про- тиагортувача сис- теми крові	Тромбогеморагічний синдром; петехії, гематоми, носові кровотечі та ін.	12	7.6

Крім цього, аналіз анамнестичних даних у хворих старіше 60 років із гострим холециститом, що протікає на фоні порушень ФСП та ІРО, показав на важливість для розвитку цих станів існуючих або перенесених у минулому захворювань печінки, жовтяниц з'ясованого і нез'ясованого генезу, захворювань органів гепатопанкреододе-

нальної зони, супутньої паталогії з боку вітальних систем організму, ступеню її компенсованості. У наших спостереженнях супутня паталогія ускладнила протікання гострого холециститу у 81.5 % хворих, з них у 55.4 % відмічено сполучення кількох захворювань, а у 47 хворих носила декомпенсований характер.

При вивченні ФСП за даними лабораторної діагностики у геріатричних хворих на гострий холецистит виявлена різна ступінь її недостатності, яка проявляється порушенням основних видів обміну речовин, у яких брала участь печінка. Необхідно відмітити, що виявлені порушення корелювали з клініко-анамнестичними даними, строками вступу до стаціонара та були найбільш виражені у хворих із ускладненими формами гострого холециститу, а також при наявності тяжкої супутньої паталогії.

Порушення білковостворюючої функції печінки, що виявлені до операції, проявлялися явищами гіпоальбумінемії з диспротеїнемією за рахунок зменшення загального білка, альбумінів, альфа-2- та бета-глобулінів з одночасним зростанням гамма-глобулінової фракції. Ці порушення були найбільш виражені в хворих першої та третьої клінічних груп та прогресували в ранньому післяопераційному періоді, особливо в хворих після ХЕ. У хворих третьої групи після МХС ступінь погіршення показників білкового обміну відбувалась менш виражено. Їх нормалізація, як правило, завершувалась до кінця першого тижня після операції, у хворих цієї ж групи після ХЕ при гладкому післяопераційному протіканні - до кінця другого тижня, а у хворих першої групи, особливо у випадках розвитку післяопераційних ускладнень - значно пізніше.

Порушення пігментного обміну характеризувались явищами гіпербілірубінемії і відзначені нами у ряду хворих гострим холециститом у першій та третій клінічних групах. Клінічно в цих хворих виявля-

на жовтяниця рівної інтенсивності та тривалості, а рівень загального білірубіну до операції у середньому складав у першій групі - 54.8 ± 1.2 ммоль/л ($P < 0.001$), у третій групі - 89.3 ± 5.48 ммоль ($P < 0.001$). При гладкому післяопераційному протіканні нормалізація рівня загального білірубіна відбувалася протягом 3-5 днів. У випадку розвитку післяопераційних ускладнень гнійно-септичного характеру і особливо післяопераційної печінкової недостатності, нами була відмічена тенденція до зростання показників пігментного обміну. Клінічними проявами при цьому були млявість, загальмованість, апатія, виражена жовтяниця шкіри та слизових, тахікардія на фоні гіпотонії з відносно високими показниками діастолічного тиску, олігурія, надимання живота, великі стоки гастійного характеру з шлунку, зменшення або повне зупинення відходження жовчі по дренажу жовчного протока. У хворих першої групи вищеперелічені проявлення були відмічені у 8-ми хворих, третьої групи - у 3-х хворих. При цьому, у 7-ми хворих першої групи нами було відмічено розвиток післяопераційної печінкової недостатності, у хворих третьої групи остання діагностована в 2-х випадках.

По динаміці змін показників ферментного обміну з визначеною долею імовірності можна судити про ступінь пошкодження гепатоцитів (по рівню АЛАТ, АСАТ), а також ступінь холестазу (по рівню ЛФ). Підвищений вміст вищеперелічених ферментів до операції є одним з ознак функціональної недостатності печінки. У 1-у 3-ю добу післяопераційного періоду відзначено підвищення рівня ферментативної активності, найбільш виражене в хворих першої та третьої клінічних груп, у котрих в якості оперативного втручання була використана ХЕ.

У хворих другої групи з початково нормальним рівнем вище пе-

релічених ферментів, а також у хворих третьої групи після МХС зріст показників ферментного обміну відбувався менш помітно, а нормалізація їх значень наступала значно раніше - до 3-7 дня. У цей період рівень Алат, АсАт та ЛФ у хворих другої групи складав у середньому відповідно - 0.78 ± 0.31 ммоль/л ($P > 0.05$, $P'' > 0.001$), 0.91 ± 0.5 ммоль/л ($P > 0.05$, $P'' > 0.01$), 1.41 ± 0.43 ммоль/л ($P > 0.05$, $P'' > 0.01$), а хворих третьої групи після МХС відповідно - 1.34 ± 0.59 ммоль/л ($P > 0.05$, $P'' < 0.05$), 2.07 ± 0.49 ммоль/л ($P > 0.05$, $P'' < 0.05$).

Результати досліджень згортливої та протиозгортливої систем крові в хворих гострим холециститом з явищами функціональної недостатності печінки свідчать про те, що до операції здійснюються значні порушення цих систем, які направлені в бік гіперкоагуляції.

Ці порушення були найбільш виражені в хворих першої та третьої груп, про що свідчило збільшення концентрації фібриногену, у середньому у 2.8 рази. Також, у цей період нами відмічено зріст коагуляційної активності, що проявлялася збільшенням толерантності плазми до гепарину та скороченням часу згортання крові в хворих першої групи в середньому до 3.95 ± 0.34 хв. ($P < 0.05$) та до 3.11 ± 0.22 хв. ($P < 0.05$, $P'' > 0.05$) у третій групі. Паралельно з явищами гіперкоагуляції виявлені суттєві порушення протиозгортливих механізмів, одним із проявів яких було збільшення часу фібринолітичної активності крові в першій групі до 584 ± 17.21 хв. ($P > 0.001$), у третій - до 309 ± 8.4 хв. ($M > 0.001$, $M'' > 0.05$).

У відповідь на операційну травму відбувалась активація згортливої системи крові, що проявлялась подальшою гіперкоагуляцією, яка характеризувалась мікроциркуляторними та реологічними порушеннями, які сприяли органічним порушенням мікроциркуляції. У 7-ми хворих першої групи в післяопераційному періоді нами були відзначені тромбоембологічні ускладнення, які розглядалися як проявлення ДВС-

-синдрому. Для тромбогеморагічних проявів якого були характерні явища гіперкоагуляції - скорочення часу згортання крові в 2-2.3 рази, збільшення концентрації фібрिनотену більш ніж у 3.2 рази, протромбінового індексу - більш 105 %, рівня тромбоцитів - до $250-270 \times 10^9 / \text{л}$. Для геморагічних проявів ДВС-синдрому були характерні явища гіпокоагуляції - при цьому кількість тромбоцитів зменшувалася до $150 \times 10^9 / \text{л}$ і менш, час згортання крові збільшувався більш ніж у 2.5-3 рази, із зростанням часу фібринолітичної активності крові на 35-50 %. У хворих другої та третьої клінічних груп порушення в системі гемостазіологічних показників у післяопераційному періоді мали меншу вираженість, а їх нормалізація завершувалася в більш ранні строки - до 5-7-доби в другій групі; до 10-12-ї доби - в третій групі.

Аналіз показників ліпідного обміну в хворих на гострий холецистит у похилому та старечому віці з явищами функціональної недостатності печінки (перша та третя групи) виявив виражене збільшення наявності у сироватці крові загальних ліпідів (ЗЛ), бета-ліпопротеїдів (В-ЛП) та фосфо-ліпідів (ФЛ) до операції. Так, у хворих першої групи їх значення склали відповідно - $8.28 \pm 0.57 \text{ г/л}$ ($P < 0.001$), $7.84 \pm 0.43 \text{ г/л}$ ($P < 0.001$), $5.12 \pm 0.31 \text{ ммоль/л}$ ($P < 0.001$); у третій групі - $8.37 \pm 0.64 \text{ г/л}$ ($P < 0.001$, $P'' > 0.05$), $7.95 \pm 0.37 \text{ г/л}$ ($P < 0.01$, $P'' > 0.05$), $5.21 \pm 0.41 \text{ ммоль/л}$ ($P < 0.001$, $P'' > 0.05$). У ранньому післяопераційному періоді відбувалось збільшення ЗЛ, В-ЛП та ФЛ, навіть у хворих другої групи, в яких вихідний рівень не відрізнявся від показників у нормі. Хоч слід відзначити, що нормалізація їх рівня в даній групі, як правило, завершувалася до 3-го післяопераційного дня. У хворих першої та третьої груп після ХЕ, при гладкому післяопераційному протіканні, до 14-ї доби. У хворих третьої групи після МХС - до 7-ї доби. Виявлені зміни показників

ліпідного обміну залежали від ступеню функціональної недостатності печінки та корелювали з тяжкість стану хворих.

Дезінтоксикаційна функція печінки в хворих на гострий холецистит, яка вивчена нами за рівнем утримування у крові МСМ, також зазнає змін. Так, нами встановлено, що рівень МСМ до операції достовірно було збільшено в хворих першої та третьої груп, у яких були виявлені порушення функціонального стану печінки, які були підтверджені при вивченні білкового, пігментного, ферментного та ліпідного обмінів. Хоч необхідно підкреслити, що у хворих на гострий холецистит без явних проявів функціональної недостатності печінки, він також був збільшений. Операція призводила до подальшого збільшення рівня МСМ. По мірі зменшення запалювальних змін у черевній порожнині та зменшенням симптомів інтоксикації, що відповідало клінічним проявам та виражалось у поліпшенні загального стану хворого, відзначалася позитивна динаміка, яка була спрямована у бік зниження рівня МСМ. Нормалізація рівня МСМ до 3-ї доби післяопераційного періоду відзначена у хворих з початково нормальними показниками функціонального стану печінки (друга клінічна група). У хворих першої та третьої груп після ХЕ дезінтоксикаційна функція печінки відновлювалася значно пізніше до 7-14-добам після операції. А у хворих, у яких були виявлені післяопераційні ускладнення - ще пізніше. Визначення вмісту МСМ у хворих на гострий холецистит у похилому та старечому віці може бути, на наш погляд, одним із діагностичних критеріїв як тяжкості функціональної недостатності печінки, так і розвитку ранніх післяопераційних ускладнень.

Результати імунологічних досліджень та клінічна їх оцінка у хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом свідчать про імунологічну перебудову, яка характеризується пригніченням

клітинної та гуморальної ланок імунітету, що є важливим фактором у зниженні неспецифічної післяопераційної резистентності організму.

Виявлені до операції порушення імунологічної реактивності організму у хворих з ускладненим протіканням гострого холециститу та явищами функціональної недостатності печінки, дозволяють розглядати даний контингент хворих, як загрозливий у плані можливого прогресування у них в ранньому післяопераційному періоді вторинного імунодефіцитного стану. У цій ситуації операційна травма буде додатковим дестабілізуючим фактором. Зниження імунологічної реактивності, яке визивається операційним втручанням, є фоном можливого розвитку гнійно-септичних ускладнень, а також прогресування функціональної недостатності печінки.

Треба відзначити, що нами встановлена чітка закономірність у динаміці змін показників імунологічної реактивності організму та функціонального стану печінки, яка виражалась у паралельній нормалізації імунної системи та функцій печінки.

Із додаткових інструментальних методів обстеження хворих на гострий холецистит старіше 60 років перевагу слід віддавати лапароскопії, ехосонаграфії, фіброгастродуоденоскопії, рентгенографії органів груднинної та черевної порожнин, як найбільш інформативним та найменш травматичним.

З урахуванням патогенетичних особливостей протікання гострого холециститу у геріатричних хворих нами були розроблені профілактичні засоби, які були направлені на поліпшення функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму. Вони полягали в проведенні оптимально-індивідуалізованої медикаментозної до- та післяопераційної інтенсивної терапії, в схему яких ми обов'язково включали гепатопротектори та препарати, що володіють гепатотропною та імунокорегуючою дією. У найбільш тяжких хворих на

гострий холецистит вказаної вікової групи (третя клінічна група) хірургічна тактика носила активний характер із використання мінімального за обсягом оперативного посібника - мікрохолецистостомія. Так, комплекс вищеперелічених лікувально-тактичних засобів дозволив нам підвищити хірургічну активність при гострому холециститі в осіб похилого та старечого віку до 63 %, зменшити кількість післяопераційних ускладнень та летальність у групі найбільш тяжких хворих.

Таким чином, проведений аналіз результатів виконаної нами дисертаційної роботи показав, що досить часто гострий холецистит у осіб похилого та старечого віку протікає на фоні порушень функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму. Ці порушення є тим несприятливим фоном, який ускладнює тяжкість основного захворювання. Своєчасна та цілеспрямована корекція виявлених порушень функціонального стану печінки та імуногенезу дозволить зменшити кількість післяопераційних ускладнень та летальності.

ВИСНОВКИ

1. У хворих похилого та старечого віку гострий холецистит протікає на фоні порушень функціонального стану печінки.
2. Гострий холецистит у геріатричних хворих протікає на фоні активації аутоімунних процесів з явищами вторинного імунодефіциту.
3. Виправданим та обгрунтованим є включення у схему до- та післяопераційної інтенсивної терапії гепатопротекторів та препаратів гепатотропної та імунокорегуючої дії.
4. Активна хірургічна тактика з виконанням у найбільш тяжких хворих на гострий холецистит мінімального обсягу оперативного посібника - мікрохолецистостомія, дозволяє знизити не тільки післяопераційну летальність, але також підвищити хірургічну активність у цього контингенту хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У хворих на гострий холецистит у похилому та старечому віці для своєчасної діагностики функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму необхідно використовувати увесь обсяг анамнестичних, клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження.

2. Корекція виявлених порушень функціонального стану печінки та імунологічної реактивності організму у геріатричних хворих на гострий холецистит повинна проводитися у схемі до- та післяопераційної інтенсивної терапії.

3. Хірургічна тактика у прогностично небезпечних хворих на гострий холецистит повинна носити активний характер, збільшення часу передопераційної підготовки, при цьому недоцільне.

4. У хворих із високим операційним ризиком перевагу слід віддавати мікрохолецистостомії, як найменш травматичному та найбільш щадячому виду оперативного посібника.

СПИСОК РОБІТ, НАДРУКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Вибір методу оперативного лікування гострого холециститу в хворих похилого та старечого віку з обліком функціонального стану печінки / Клінічна хірургія. - 1996. - N . - С. (Співавт. В. І. Лупальцев, О. В. Лях)

2. Мікрохолецистостомія як операція вибору при гострому холециститі у осіб похилого та старечого віку / I (XVII) з'їзд хірургів України (тези доповідей). - Львів, Вид.: Світ. - 1994. - С. 93 (співавт. В. І. Лупальцев, І. А. Дехтярук, П. М. Замятін, Ю. В. Цупров).

3. До питання хірургічної тактики лікування гострого холециститу у осіб літнього та старечого віку / У кн.: Актуальні питання

невідкладної хірургії органів черевної порожнини. - Харків. - 1993. - С. 39-40 (співавт. В. І. Лупальцев, П. М. Замятін, Ю. Н. Ку-тафін).

4. Вплив соціальних факторів на тактику лікування хворих на гострий холецистит у похилому та старечому віці / Філософія виживання: Тези доповідей міжвузовської конференції. - Харків, 1994. - С. 75-76 (співавт. В. І. Лупальцев, О. В. Лях, Є. В. Лапченков).

5. Особливості хірургічної тактики при гострому холециститі у осіб похилого та старечого віку / Питання загальної та невідкладної хірургії в сучасних умовах. Регіональна збірка наукових праць МОЗ України, ХНДІЗНХ, ХДМУ, Харків, 1994. - 1994. - С. 34-35 (співавт. В. І. Лупальцев, І. А. Дехтярук).

6. Прогнозування ризику операції при гострому холециститі у осіб похилого та старечого віку. - Донецьк, 1994. - Ч. II. - С. 115-116 (співавт. В. І. Лупальцев, М. В. Цупров).

7. Жовчний перитоніт як ускладнення гострого холецистититу у осіб похилого та старечого віку / Гнійно-септичні ускладнення у невідкладній хірургії: Тези доповідей науково-практичної конференції хірургів України. - 1995. - С. 141-142.

8. Фактори ризику в хірургії гострого холецистититу у хворих похилого та старечого віку // Вісник проблем біології та медицини. - 1996. - N 11. - С. 74-80

АННОТАЦИЯ

ВЕРЖАНСКИЙ Андрей Петрович. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с учетом функционального состояния печени. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. Харьковский Государственный медицинский университет, Харьков, 1996.

Защитается научная работа, которая содержит исследование функционального состояния печени и иммунологической реактивности организма у больных острым холециститом в пожилом и старческом возрасте. Установлено, что имеющиеся нарушения требуют комплексной целенаправленной медикаментозной коррекции, а также индивидуализированного подхода в выборе хирургической тактики и способов оперативного лечения. У наиболее тяжелых геронтологических больных с острым холециститом обосновано выполнение минимального по объему оперативного пособия - микрохолецистостомии.

ANNOTATION

Verganskiy Andrey Petrovich. The Surgical treatment of acute cholecystitis with elderly and senile age patients account functional condition of hepar. Dissertation on competition of scientific degree of Candidate of Medical sciences on speciality 14.01.03 - surgery. Khakov State Medical University, Kharkov, 1996.

The scientific work with contains the bases of vese-arch functional condition of hepar and immunologic reactivity of organism with elderly and senile age patients by acute cholecystitis. It was determined that the breats which take place to demand of kompleks singleminoled Medicamentous correction and individual approach in choice of the surgical tactics and by method of the surgical treatment wiht the most painfull gerontological patients with acute cholecystitis we proposed to execute the operation of minimum volume - microcholecystostomy.

Ключові слова: гострий холецистит, функціональний стан печінки, хворі похилого та старечого віку, мікрохолецистостомія.

Size: 10 1/2 x 14 1/2 inches (267 x 368 mm)
Paper: 100% cotton, acid-free, 24 lb weight
Type: 100% cotton, acid-free, 24 lb weight

Non-union

№ 88.811

Підл. до друку 29.06.1996. Формат 60 X 84 I/I6
Папір друк. Умовн. друк. арк. I,0
Тираж 100 екз. Замовлення № 98

Копи-центр "Спайк Ко.,ЛТД". ЗІ0057,Харків,ввл.Сумська,ІІ.

220810

AB 36.145