

УДК: 547.931-616.366-003 7-092.4

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Пулатов Мирхаким Мирсавирович, Юнусов Сейдамет Шевкет-оглу

Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРДА ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛИ ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ**

Пулатов Мирхаким Мирсавирович, Юнусов Сейдамет Шевкет-оглу

Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

**SURGICAL TACTICS IN COMPLICATED CHOLELITHIASIS IN COMBINATION WITH DUODENAL ULCER IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS**

Pulatov Mirkhakim Mirsavirovich, Yunusov Seydamet Shevket-oglu

Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [dr.syu1990@gmail.com](mailto:dr.syu1990@gmail.com)

**Резюме.** Қўшма ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ва холедохолитиаз, механик сариклик ва холангит билан асоратланган ўт тош касаллиги билан 111 беморнинг даволаш натижаларини таҳлили ўтказилди. Таҳлил қилинган беморлар гуруҳи кекса ва қари ёшдаги беморлардан иборат эди. Беморларнинг оғирлигини аниқлашнинг янада объектив усули математик усул эканлиги ва бу патология билан икки ва уч босқичли жарроҳлик амалиёти бажариш афзаллиги исботланган. Шунингдек, тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, кекса ва қари ёшли гуруҳида комбинацияланган жарроҳлик амалиётлари яхши самарадорликни кўрсатади.

**Калит сўзлар:** ўт тош касаллиги, ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, кекса ва қари ёшдаги беморлар, жарроҳлик тактикаси.

**Abstract.** An analysis was made of the treatment of 111 patients with combined pathology of duodenal ulcer and cholelithiasis, complicated by choledocholithiasis, obstructive jaundice and cholangitis. The group of patients who underwent analysis consisted of elderly and senile people. It has been proved that a more objective method for determining the severity of patients is the mathematical method, and in this pathology it is preferable to perform two and three stage operations. Also, the results of the study show that in the group of elderly and senile people, combined surgery shows good efficiency.

**Key words:** gall stone disease, ulcer disease of duodenum, elderly and senile afes, surgery tactics.

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 [3, 10, 15, 16].

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 [6, 8, 12]. 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, 4, 5, 9]. 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 [9, 10, 11]. 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 [2, 8, 13]. 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, 7, 14]. 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 111 больных (41 мужчин и 70 женщин) пожилого и старческого возраста (от 60 до 70 лет — 64, от 71 года до 80 лет – 35, старше 80 лет — 12) 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. На основании 24 клинико-диагностических признаков вычислен долевого 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

мую норму свыше 8 раз, то состояние больного можно расценить как 3 категорию тяжести. Выбор тактики и объем оперативного лечения зависел 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 холедохолитоэкстракцией; 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 холецистостому (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 68 больных с высоким уровнем билирубина крови при отсутствии тенденции к его снижению первым этапом выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) с ЭПСТ, из них у 47 произведена литоэкстракция. В 9 случаях первым этапом выполнена ЭРПХГ с назобилиарным дренированием или стентированием холедоха, а вторым этапом проведена ЭПСТ, в 6 случаях выполнена ЭРПХГ с литоэкстракцией, в 12 — ЧЧХГ с холангиостомой. В 9 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 21 пациентам в связи с деструктивным процессом в желчном пузыре.

**Таблица 1.** Оценка исходного состояния больных с ЯБДПК и ЖКБ

Признак	Сумма градации предварительных поправочных коэффициентов (ППК)/значение каждого признака	УДВ
Общие неспецифические	294,6	21,88
Пол	10,0	0,74
Возраст	39,8	2,95
Сопутствующие заболевания	134,6	9,97
Пuls	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
Общие специфические	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
Локально-специфические	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 холецистэктомию	101,2	7,5
E <sub>1–24</sub> сумма абсолютных значений ППК	1349,2	100

При этом из-за тяжести состояния и выраженной инфильтрации в области гепатодуоденальной связки у 17 человек после удаления желчного пузыря ограничилось наружным дренированием холедоха и только у 4 выполнили холедохолитотомию с холедоходуоденоанастомозом. В послеоперационном периоде через 8–12 сут у 17 больных производили ЭПСТ с вымыванием конкрементов теплым раствором новокаина, вводимого через наружный дренаж холедоха, или удалением их с помощью корзинки Dormia. Только в 4 случаях выполнена СО, а 11 из-за тяжелых сопутствующих заболеваний после улучшения состояния выписаны без оперативных вмешательств. Из 92 больных, перенесших 1–2 этап лечения, в последующем у 65 выполнена холецистэктомия (ХЭ) и тронкулярная ваготомия с антрумэктомией по Бильрот-1, у 24 — ХЭ, холедохолитотомия с холедоходуоденоанастомозом и тронкулярная ваготомия с антрумэктомией. 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 сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде тяжелые осложнения развились у 9 (9,2 %) больных, из них 5 (5,1 %) умерли. У всех больных были деструктивные, осложненные формы острого холецистита и осложненная ЯБДПК с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

**Выводы.** Хирургическое лечение при сочетании ЯБДПК и ЖКБ, осложненных особенно 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 пожилой и старческий возраст не являются противопоказанием к выполнению СО.

#### Литература:

1. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. – Ташкент; Москва, 1971.- 258 с.
2. Баймаков С. Р., Адилходжаев А. А. Нестандартная лапароскопическая холецистэктомия при situs inversus viscerum // Биология. – 2021. – №. 1. – С. 125.
3. Давыдова Е. Ю. Оценка лечения язвенных кровотечений у лиц пожилого и старческого возраста // Смоленский медицинский альманах. – 2019. – №. 1. – С. 90-91.
4. Каримов Ш. И. и др. Малоинвазивные вмешательства в хирургии перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – №. 6. – С. 73-77.
5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адилходжаев А.А., Рахманов С.У., Юнусов С.Ш., Адашалиев А.Н., Бекназаров И.Р. Декомпрессивные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периапулярными опухолями. Медицинский журнал Узбекистана. 2015. №6. С. 2-10.
6. Назиров Ф. Н. и др. Оптимизация тактики лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии у лиц пожилого и старческого возраста // От фундаментальных знаний к тонкому владению скальпелем. – 2019. – С. 73-76.
7. Пулатов М. М. и др. 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 // Проблемы непрерывной медицинской освіти та науки. – 2014. – №. 3. – С. 64-66.
8. Фазылов А. В. и др. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца // Студенческая научно-исследовательская лаборатория: итоги и перспективы. – 2019. – С. 108-109.
9. Хакимов М. Особенности диагностики и лечения периапулярных опухолей, осложненных механической желтухой. – 2016.
10. Adilkhodjaev A. A., Yunusov S. S. The features of surgical approach in the tumors in the head of pancreas complicated by mechanical jaundice // Приоритеты мировой науки: эксперимент и научная дискуссия. – 2015. – С. 63-67.
11. Aripova N. U., Matmuratov S. K., Babadjanov J. K. The changes in the concentration of interleukin-6 in blood and bile in patients with obstructive jaundice after bile sorbtion // Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. – 2020. – №. 1. – С. 82-85.
12. Cherednikov E. F. et al. Innovative Endoscopic Technologies in the Complex Treatment of Patients with Unstable Stopped Gastroduodenal Bleeding // International Journal of Biomedicine. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 24-28.
13. Fayazov A. D. et al. Risk factors and features of treatment of acute gastroduodenal bleeding in severely burned patients // «European research: innovation in science, education and technology». – 2021.

#### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Пулатов М.М., Юнусов С.Ш.

**Резюме.** Был выполнен анализ лечения 111 больных с сочетанной патологией язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желчнокаменной болезни, осложненная холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом. Группу больных, подвергшихся анализу составили лица 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. Также, результаты исследования показывают, что в группе лиц пожилого и старческого возраста хорошую эффективность показывает сочетанная операция.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пожилой и старческий возраст, хирургическая тактика.