



Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик

Р. Рахматуллаев, А.Х. Норов, Дж.М. Курбонов, Б.Б. Джононов, У.М. Хамроев

Медико-санитарная часть Государственного унитарного предприятия «Таджикская алюминиевая компания», г.Турсунзаде

В работе представлены результаты хирургического лечения 168 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом. При этом 68 больных оперированы с применением лапароскопической техники, 50 больных - минилапаротомным доступом, 50 больных контрольной группы, которые прооперированы традиционным способом. Анализ послеоперационных результатов острого калькулёзного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста показал, что ранние послеоперационные осложнения после традиционной холецистэктомии составляют 16%, после лапароскопической холецистэктомии - 10,3% и после операций минилапаротомным доступом - 6%. Средний койко-день пребывания больного в стационаре составлял $14 \pm 1,5$; $5,9 \pm 1,5$; $5,2 \pm 1,2$ соответственно, что указывает на высокую эффективность методики операции с применением малоинвазивной хирургии.

Ключевые слова: жёлчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит, холецистэктомия, минилапаротомия, холедоходуоденостомия, малоинвазивная хирургия

ВВЕДЕНИЕ. В связи с увеличением продолжительности жизни у каждого четвёртого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются жёлчные конкременты, а после 70 лет - у каждого третьего из них [1]. В настоящее время около 60% больных, госпитализированных в хирургические стационары по поводу острого калькулёзного холецистита (ОКХ) являются лицами пожилого и старческого возраста [2]. При этом частота осложнений в возрасте 70 лет и старше достигает 36,6%, что почти в 3 раза выше аналогичного показателя у больных моложе 60 лет [3,4]. Наличие у 84,6-100% пациентов сопутствующих заболеваний жизненно важных органов, обуславливает высокий риск предстоящего оперативного вмешательства [3,4]. В этой связи, данная группа больных относится к категории высокого операционно-анестезиологического риска и лечебная тактика у них остаётся дискуссионной: от выжидательной до сверхактивной, которая не всегда приводит к желаемым результатам. В связи с высокой частотой различных сопутствующих заболеваний, развития осложнений и летальности, на современном этапе развития абдоминальной хирургии остаётся дискуссионным и актуальным выбор хирургической тактики и методики оперативного вмешательства. За последние 10 лет лапа-

роскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в лечении неосложнённой жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) стала золотым стандартом, а применение данной методики при осложнённых формах ЖКБ до сих пор остаётся ограниченным.

С появлением методики холецистэктомии минилапаротомным доступом (МХЭ) (Прудков М.И., 1993) в арсенале хирурга появилась ещё одна методика оперативного лечения ЖКБ, позволяющая избежать ряда специфических осложнений, характерных для ЛХЭ. Данная методика операции с сопоставимым эффектом с ЛХЭ. Необходимо отметить, что о результатах применения данной методики операции при осложнённых формах ОКХ у лиц пожилого и старческого возраста в литературе имеются единичные сообщения, основанные на малом количестве клинических наблюдений [5,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: сравнительный анализ результатов различных методов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и



хирургического лечения 168 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом, оперированных с применением малоинвазивной технологии и по традиционной методике за период 2001-2010 гг. в хирургическом отделении медико-санитарной части ГУП «Таджикской алюминиевой компании».

При этом в зависимости от методики выполнения оперативного вмешательства больные были распределены на 3 группы: в I группу входили 68 больных, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия; II группа состояла из 50 больных, оперированных минилапаротомным доступом; III контрольную группу составили 50 больных, оперированных традиционным методом (табл. 1).

Среди обследованных мужчин было 48 (32%), лиц женского пола - 120 (78%), возраст больных - от 60

до 96 лет, средний возраст составил $72,4 \pm 1,5$ лет. Сроки госпитализации больных от начала приступа ОХ составили от 8 до 120 часов, при этом наиболее часто, в 86 (51,2%) случаях больные были госпитализированы через 25-72 ч, 48 (28,6%) - через 73-120 ч и всего 34 (20,2%) больных - в первые сутки от начала заболевания.

У большинства обследованных больных отмечались различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов, что, в свою очередь, отягощало течение заболевания и повышало риск предстоящего оперативного вмешательства. При этом наиболее часто отмечалась ИБС - у 68 (40,5%), гипертоническая болезнь - у 76 (45,2%), сахарный диабет - у 42 (25%) и у 132 больных отмечено сочетание ИБС с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и кардиосклерозом (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Группа	Методика операции	Возраст			Всего
		60-74	75-89	>90	
I	ЛХЭ	46	22	-	68
II	МХЭ	16	32	2	50
III	ТХЭ	36	14	-	50
ИТОГО:		98	68	2	168

Примечание: ЛХЭ-лапароскопическая холецистэктомия;
МХЭ-холецистэктомия из мини-доступа;
ТХЭ-традиционная холецистэктомия

ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Сопутствующие заболевания	Обследованные пациенты по группам			
	I гр. ЛХЭ	II гр. МХЭ	III гр. ТХЭ	Всего (%)
ИБС	19 (27,9%)	33 (66%)	16 (32%)	68 (40,5%)
Гипертоническая болезнь	23 (33,8%)	32 (64%)	21 (42%)	76 (45,2%)
Сахарный диабет	18 (26,5%)	16 (32%)	8 (16%)	42 (25%)
Перенесённый инсульт	1 (1,5%)	2 (4%)	1 (2%)	4 (2,4%)
Перенесённый инфаркт миокарда	2 (2,9%)	6 (12%)	1 (2%)	9 (5,4%)
Туберкулёз лёгких в анамнезе	2 (2,9%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (3,4%)
Ожирение	16 (23,5%)	8 (16%)	11 (22%)	35 (20,8%)
Пневмосклероз	2 (2,9%)	5 (10%)	3 (6%)	10 (6,0%)
Старческая энцефалопатия	1 (1,5%)	2 (4%)	-	3 (1,8%)

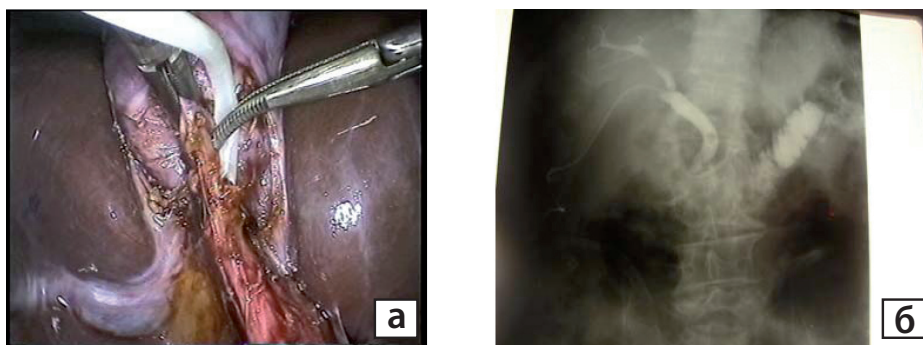


РИС. 1. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ:
А) КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ХОЛЕДОХА; Б) ХОЛАНГИОГРАФИЯ

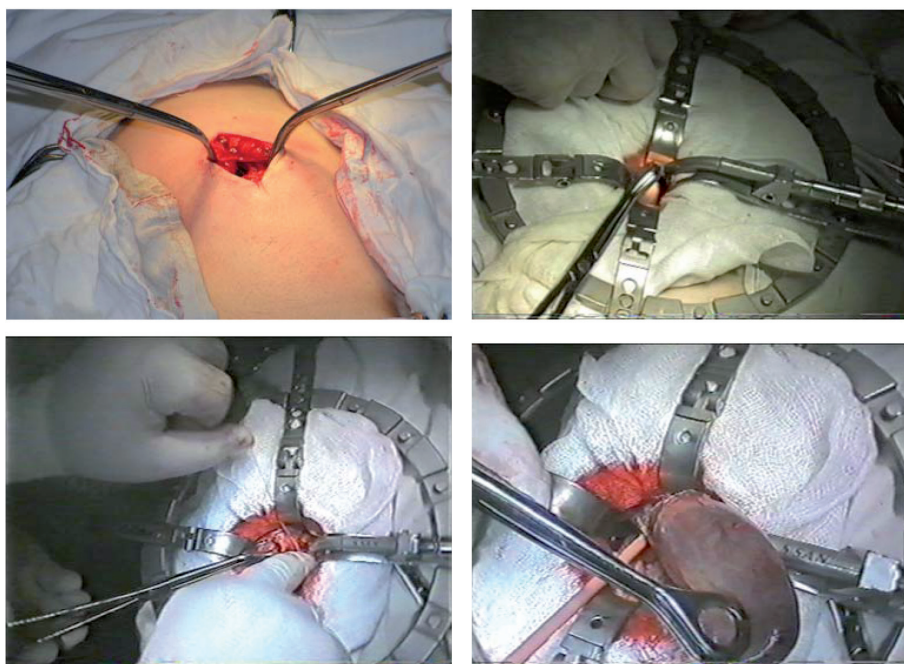


РИС. 2. ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ МХЭ: А) РАЗРЕЗ КОЖИ; Б) УСТАНОВКА ФИКСИРУЮЩЕГО КОЛЬЦА И ШАРНИРНЫХ РАНОРАСШИРИТЕЛЕЙ; В) ПЕРЕВЯЗКА ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА И АРТЕРИИ; Г) ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Из числа обследованных больных 52 (31%) перенесли в анамнезе различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

ЛХЭ произведена 68 пациентам. Операцию производили в условиях умеренного карбоксиперитонеума (7-8 мм.рт.ст.) по классической методике (американской). Необходимо отметить, что при обтурационном холецистите производили пункцию жёлчного пузыря с целью декомпрессии. Экстракцию материала производили в контейнере через контрапертуру в правом подреберье, через эту же контрапертуру производили дренирование подпечёночной области перчаточнотрубчатым дренажем. Расширение холедоха более чем на 10 мм нами отмечено у 3 пациентов, им через пузырный проток произведена холангиография (рис.1).

У 2 больных выявлено наличие конкрементов в холедохе, им произведена лапароскопическая холедохолитотомия с помощью катетера «Фогарти».

С применением минилапаротомного доступа оперированы 50 больных, при этом мы используем набор инструментов для минилапаротомного доступа производства НПО «San» (Екатеринбург, Россия). По данной методике разрез производится трансректально или косо справа, отступая на 2 см от рёберной дуги длиной до 4-5 см, устанавливается фиксирующее кольцо и шарнирные ранорасширители, с помощью которых рана расширяется до необходимого размера. С использованием элементов лапароскопической техники (электродиссекция) производится холецистэктомия от шейки (рис.2).



17 (34%) больным с расширением холедоха более 10 мм была произведена интраоперационная холангиография, при этом у 15 (30%) пациентов выявлено наличие множественных конкрементов в холедохе и расширение холедоха от 10 до 30 мм. Этим пациентам через минилапаротомный доступ были выполнены холедохолитотомия и формирование супрадуоденальной холедоходуоденостомии (ХДА) по Юрашу-Виноградову. У 2 пациентов отмечено явление холангита и операция завершена дренированием холедоха по Вишневному.

По традиционной методике оперированы 50 пациентов. В связи с холедохолитиазом из них 8 пациентам наложен супрадуоденальный холедоходуоденостомоз (ХДА), и у 3 больных в связи с явлениями холангита операция завершена дренированием холедоха по Вишневному.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При оценке ближайших послеоперационных результатов мы принимали во внимание эффективность каждой из методик оперативного вмешательства путём сравнения результатов оперативных вмешательств, при этом учитывали продолжительность операции, потребности в назначении наркотических анальгетиков, сроки активизации больных, период пребывания их в стационаре и реабилитации, а также частоту послеоперационных осложнений.

Пациенты первой группы оперативное вмешательство переносили легко, в раннем послеоперационном периоде жаловались на незначительные боли в области послеоперационной раны, которые купировались ненаркотическими анальгетиками (анальгин, баралгин в инъекциях). В целом, больные после ЛХЭ в течение суток находились в реанимационном отделении. Больные, которым проведено дренирование холедоха после холедохолитотомии, в зависимости от состояния, в реанимационном отделении находились в течение 2-3-х суток. Дренажные трубки удаляли на 4-е сутки. Холедохостомическую трубку удаляли на 10-е сутки после контрольной холангиографии. Двум пациентам с суточным выделением желчи 350-400 мл на 3-и сутки произведена релапароскопия, причиной жёлчеистечения явилось соскальзывание клипсы из культи пузырного протока. Проведена санация подпечёночной области и повторное клиппирование культи пузырного протока 10 мм клипсом. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $5,9 \pm 1,5$ дня. Летальных исходов не было.

Пациенты второй группы в раннем послеоперационном периоде жаловались на умеренные боли в области послеоперационной раны, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. В послеоперационном периоде по показаниям проводилась коррекция функций жизненно важных органов (из них 15 пациентам был наложен ХДА по Юрашу-Виноградову).

Пациенты данной группы в среднем в течение 2-х суток находились в реанимационном отделении. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одного (2%) пациента, жёлчеистечение до 70-80 мл за сутки из дренажной трубки отмечено у 2 (4%) пациентов, которое прекратилось само на третьи сутки. Дренажные трубки из брюшной полости удаляли на 3-4-е сутки после контрольного УЗИ, а из холедоха на 10-е сутки. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $5,2 \pm 1,2$ дня, летальных исходов не было.

Больные третьей группы после операции жаловались на боли в области послеоперационной раны, которые купировались инъекцией наркотических анальгетиков в течение 2-х суток по 1 мл в/м по 2-3 раза в сутки. Пациенты активизировались на 3-и сутки, в реанимационном отделении находились в среднем в течение 3-х суток. По показаниям проводилась коррекция функции жизненно важных органов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 пациентов; в 1 (2%) случае - нагноение верхнесрединной раны, в 2-х (4%) случаях - нагноение подрёберной раны. В одном случае отмечена клиника жёлчного перитонита, на 4-е сутки проведена релапаротомия; причиной жёлчеистечения оказалась несостоятельность культи пузырного протока в результате прорезывания шва. Средний койко-день пребывания больных составил $14 \pm 1,5$ дня, умерли 2 больных от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности (табл. 3).

**ТАБЛИЦА 3. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде	ЛХЭ (n=68)	ХЭМД (n=50)	ТХЭ (n=50)
Жёлчеистечение	4 (5,9%)	1 (2%)	2 (4%)
Инфильтрат и серома послеоперационной раны	0	1 (2%)	1 (2%)
Нагноение раны	1 (1,5%)	1 (2%)	2 (4%)
Поддиафрагмальный абсцесс	1 (1,5%)	0	1 (2%)
Жёлчный перитонит	1 (1,5%)	0	2 (4%)
Кровотечение	1 (1,5%)	0	0
Релапароскопия	2 (2,9%)	0	0
Релапаротомия	0	0	2 (4%)
Летальность	0	0	2 (4%)
Осложнения (%)	10,3%	6%	16%

Как видно из представленной таблицы, в ближайшем послеоперационном периоде среди пациентов I-ой группы в 4-х (5,9%) случаях отмечено жёлчеистечение из дренажной трубки, среди больных II группы у одного (2%), после ТХЭ жёлчеистечение отмечено у 2-х (4%) пациентов; нагноение послеоперационной раны отмечено у одного (1,5%); у 1 и 2 (4%) больных соответственно по группам, поддиафрагмальный абсцесс у 1 (1,5%); 0; 1 (2%) соответственно; инфильтрат и серома послеоперационной раны у 0; 1 (2%); 2 (4%) по группам соответственно; кровотечение среди больных I-ой группы отмечено у 1 (1,5%) больного. Среди больных I и III группы у 2-х был также поддиафрагмальный абсцесс. Таким образом, жёлчеистечение, поддиафрагмальный абсцесс среди больных II-III группы были сопоставимы, частота раневых осложнений достоверно отличалась. Наименьшая частота осложнений отмечена среди больных II группы.

При оценке отдалённых результатов учитывали специфические осложнения, характерные при применении данной методики оперативного вмешательства, а именно, послеоперационная грыжа, резидуальный камень, келоидные послеоперационные рубцы, боли в области послеоперационного рубца.

В отдалённом послеоперационном периоде от 5 месяцев до 5 лет наблюдались 42 пациента первой группы, которые не предъявляли жалоб, связанных с проведённой операцией. При объективном осмотре на проекции контраппертуры в правом подреберье (на месте дренажных трубок) у 2 (5,6%) пациентов отмечалось грыжевое выпячивание. По поводу резидуального холедохолитиаза через 3 и 5 лет оперированы 2 пациента, в обоих случаях наложен ХДА по Юрашу-Виноградову.

Из пациентов второй группы в отдалённом послеоперационном периоде от 5 месяцев до 5 лет наблюдались 39 пациентов. Жалоб, связанных с оперативным вмешательством, не было, у одного больного на проекции контраппертуры в правом подреберье (на месте дренажных трубок) отмечалось грыжевое выпячивание.

В отдалённом периоде наблюдались 36 пациентов третьей группы. 8 больных жаловались на неприятные ощущения (онемение) и на периодические боли колющего характера в области послеоперационных рубцов. Грыжевое выпячивание в области послеоперационных рубцов отмечено у 5 пациентов; из них в 2-х случаях - послеоперационная грыжа верхнесрединного рубца, в 3-х случаях - послеоперационная грыжа косоугольного подреберного послеоперационного рубца. Спаечной болезнью страдали 2 пациента и 1 пациент оперирован по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, у пациентов I-II группы, которые оперированы с применением малоинвазивной технологии в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде, наблюдалась наименьшая частота различных ранних и поздних послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде у пациентов третьей группы отмечена высокая частота различных осложнений, связанных с перенесённым оперативным вмешательством и летальный исход в двух случаях. Операции, выполняемые с применением малоинвазивной технологии сопровождаются минимальной частотой различных осложнений, при этом наилучшие результаты отмечаются после холецистэктомии из минилапаротомного доступа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии жёлчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев // - Видар. М. – 2006. – 557с.
2. Особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / А.Х. Алиев [и др.] // Материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, - 2005. – С. 56-57
3. Родионов В.В. Калькулёзный холецистит // В.В. Родионов, М.И. Филимонов, В.М. Могучев. М.: Медицина, -1991. – 320с.
4. Воробьёв А.И. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и хирургического лечения скрытых форм деструктивного холецистита: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.И. Воробьёв. - Волгоград. – 2006. – 21с.
5. Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе и холедохотомия из минидоступа : руководство по хирургии жёлчных путей / А.Г. Кригер, А.М. Шлутко, М.И. Прудков; под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. – 2-е изд., - М.: Видар – 2009. – С.380-386
6. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных ЖКБ / М.И. Прудков // Хирургия.- 1997. - №1. – С. 32-35

Summary

Results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients using different techniques

R. Rakhmatullayev, A.K. Norov, J.M. Kurbanov, B.B. Dzhononov, U.M. Khamroev

The results of surgical treatment of 168 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis were presented in the article. Laparoscopic techniques used 68 patients, mini-laparotomy access - for 50 patients, in the control group 50 patients underwent to surgery in the traditional way. The analysis of postoperative outcomes of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients showed 16% of early postoperative complications after traditional cholecystectomy, after laparoscopic cholecystectomy - 10.3%, and after surgery using mini-laparotomy access - 6%. The average hospital stay of patients' stay in hospital was $14 \pm 1,5$; $5,9 \pm 1,5$; $5,2 \pm 1,2$, respectively, which indicates a high efficiency method of surgery using minimally invasive surgery.

Key words: cholelithiasis, acute calculous cholecystitis, cholecystectomy, minilaparotomy, choledochoduodenostomy, minimally invasive surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.Рахматуллаев – главный врач МСЧ ГУП ТАЛКО;
Таджикистан, г.Турсунзаде,
E-mail: Rakmatullaev@inbox.ru