

БЕЗГАЗОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

¹Кафедра госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,
Россия, 1214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. +7 (4812) 38-47-81.

E-mail: alex.nekrasov2010@yandex.ru;

²ФГУЗ МБА России МСЧ-135,

Россия, 216400, Смоленская обл., г. Десногорск, мкр 6, тел. +7 (48153) 72238.

E-mail: sla2226@yandex.ru;

³МЛПУ «КБСМП»,

Россия, 214000, г. Смоленск, ул. Тенишевой, 9, тел. +7 (4812) 38-29-51.

E-mail: sergeev.alex@yahoo.com

Проведен анализ лечения 64 больных с острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста. Для оценки тяжести общего состояния и прогнозирования исходов лечения использована шкала SAPSII. Стандартная холецистэктомия выполнена у 36 (56,2%) больных, у 28 (43,8%) пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием веерообразного лапаролифта. Использование веерообразного лапаролифта позволило расширить показания к выполнению эндовидеохирургических операций у пациентов, имеющих противопоказания к пневмоперитонеуму, улучшить результаты лечения данной категории больных: уменьшить длительность пребывания в стационаре, снизить процент послеоперационных осложнений и летальность.

Ключевые слова: острый холецистит, холецистэктомия, лапаролифт.

A. Y. NEKRASOV¹, S. A. KASUMIAN¹, V. V. ZUBAREV², A. V. SERGEEV³, A. A. BEZALTYNY¹

WITHOUT GAS LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT PERSONS OF ELDERLY AND SENILE AGE

¹Roszdrazv smolensk medical academy,

Russia, 1214019, Smolensk, str. Krupskaya, 28, tel. +7 (4812) 38-47-81. E-mail: alex.nekrasov2010@yandex.ru;

²FGUZ MBA MSCH-135,

Russia, 216400, Desnogorsk, str. 6, tel. +7 (48153) 72238. E-mail: sla2226@yandex.ru;

³«KBSMP»,

Russia, 214000, Smolensk, str. Tenisheva, 9, tel. +7 (4812) 38-29-51. E-mail: sergeev.alex@yahoo.com

The analysis of treatment of 64 patients with acute cholecystitis at persons of elderly and senile age is carried out. For an estimation of weight of the general condition and forecasting of outcomes of treatment scale SAPS II was used. Standard laparoscopic cholecystectomy was executed to 36 (56,2%) patients, laparoscopic cholecystectomy with fanlike laparolift using was carried out to 28 (43,8%) patients. Fanlike laparolift using has allowed to: expanding of indications to endovideosurgical operations performance at the patients with contraindications to pneumoperitoneum, to improvement treatment results of the given category of patients: hospital stay duration decreases, the percent of postoperative complications and a lethality decreases.

Key words: acute cholecystitis, cholecystectomy, laparolift.

Введение

В настоящее время около 60% больных, госпитализированных в хирургические стационары по поводу острого холецистита, являются людьми пожилого и старческого возраста. Одновременное наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний относит этих лиц к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода [1, 7, 15].

При лечении больных острым холециститом наиболее оправданной является активная лечебная тактика. В настоящее время современные технологии до минимума сократили диагностический период, значительно расширили арсенал хирургических пособий и позволили использовать активную лечебную тактику у большинства больных острым холециститом [2, 4, 14]. Активная лечебная тактика должна применяться

при всех деструктивных формах острого холецистита, протекающего с клиническими признаками гнойной интоксикации или перитонита. Выжидательная лечебная тактика предпочтительна только при катаральной форме острого холецистита, который удается купировать в большинстве случаев в результате проводимого консервативного лечения [4, 12].

Наиболее сложную группу, с точки зрения диагностики и выбора рациональной хирургической тактики, представляют больные пожилого и старческого возраста. Сопутствующие заболевания в данной группе встречаются у 84,6–100% пациентов, а у трети больных носят конкурирующий характер. Прогноз у данной категории больных отягощён наличием многогранной сопутствующей патологии и большой частотой развития послеоперационных осложнений, нередко в ре-

зультате неправильно выбранной лечебной тактики. Данная группа больных относится к категории высокого операционно-анестезиологического риска [3, 6, 11].

До середины 80-х годов классическим методом оперативного лечения оставалась традиционная холецистэктомия, выполняемая из широкого лапаротомного доступа. Однако широкая лапаротомия является большой травмой, приводящей в послеоперационном периоде к значительному болевому синдрому и ухудшению показателей функции дыхания, что особенно опасно у больных пожилого возраста [2, 13].

Лапароскопические операции являются наименее травматичными хирургическими вмешательствами, позволяют уменьшить сроки нетрудоспособности. У лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма. При создании пневмоперитонеума внутрибрюшная гипертензия может привести к декомпенсации сердечной деятельности, расстройству дыхания. Перечисленные обстоятельства побуждают к поиску методов выполнения лапароскопии без инсуффляции газа в брюшную полость. Поиск методик, уменьшающих негативное влияние напряженного карбоксиперитонеума на сердечно-легочную систему больного, привел к появлению «безгазовых» методов выполнения лапароскопической холецистэктомии [9, 10, 15].

Одним из вариантов решения этой проблемы явилось использование лифтинговой технологии, позволяющей создать оперативное пространство в брюшной полости путем подъема передней брюшной стенки. Многие хирурги предлагают использовать этот вид оперативного вмешательства у пациентов с тяжелой сопутствующей сердечно-легочной патологией [4, 5, 11]. Однако необходимость наличия дополнительного оборудования и недостаточное совершенство лифтинговых конструкций тормозят достаточно широкое распространение лапароскопической холецистэктомии без применения напряженного карбоксиперитонеума.

Материалы и методы

В работе обобщены результаты лечения 64 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях КБСМП г. Смоленска, ФГУЗ ФМБА России

МСЧ-135 с 2008 по 2010 г. Средний возраст пациентов $72,2 \pm 4,1$ года.

У 36 (56,2%) больных выполнена стандартная холецистэктомия, у 28 (43,8%) пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием разработанного в нашей клинике веерообразного лапаролифта (рисунок) [8]. Мужчин – 10 (15,6%), женщин – 54 (84,4%).

У всех больных имелись сопутствующие заболевания, в ряде случаев по тяжести клинических проявлений конкурировавшие с основным заболеванием (таблица).

Всем пациентам в течение первых суток проводились следующие лабораторные методы исследования: общий анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. Инструментальные методы обследования: УЗИ, электрокардиографию, рентгенографию лёгких.

Достоверных отличий по возрасту, половой принадлежности, характеру сопутствующей, а также острой и хронической патологии при поступлении между группами не выявлено.

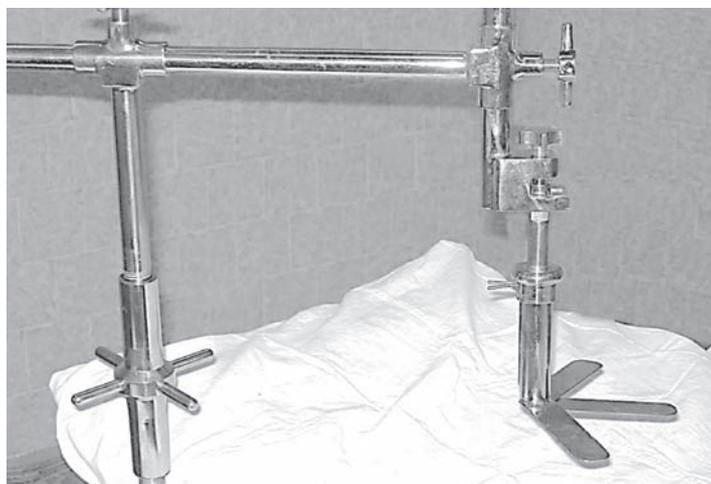
С целью объективизации оценки тяжести общего состояния и прогнозирования исходов лечения использована шкала SimplifiedAcutePhysiologyScore – SAPSII (LeGall J. R. et al., 1993).

Определение степени тяжести общего состояния по SAPSII заключалось в суммировании балльных показателей шкалы с вычислением величины прогностического индекса внутрибольничной летальности. В ходе исследования оценка тяжести состояния пациентов по системе SAPSII производилась в момент госпитализации.

Результаты и обсуждение

Все больные оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки, которая включала в себя дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, лечение сопутствующих заболеваний и определение балльного показателя по шкале SAPSII.

Показаниями для экстренного оперативного вмешательства являлся острый деструктивный холецистит, который имел место у всех пациентов данной группы. В контрольной группе у 8 (12,5%) пациентов выявлена эмпиема желчного пузыря, в основной группе – у 4 (6,2%) больных. Острый флегмонозный холецистит диагностирован у 28 (43,7%) пациентов контрольной группы, в основной группе – у 24 (37,5%). Перивезикальный инфильтрат выявлен у 11 (17,1%) пациентов,



Веерообразный лапаролифт

Сопутствующие заболевания

Характер сопутствующей патологии	Количество пациентов
Анемия	14 (21,8%)
Артериальная гипертензия	61 (95,3%)
ХОБЛ	24 (37,5%)
Ишемическая болезнь сердца	58 (90,6%)
ХСН II–III ФК	38 (59,3%)
Ожирение	35 (54,7%)
Сахарный диабет	19 (29,7%)
Хроническая почечная недостаточность	15 (23,4%)
Цереброваскулярные заболевания	21 (32,8%)
Язвенная болезнь, эзофагит, гастрит	41 (64,1%)

которым выполнена традиционная холецистэктомия, и у 10 (15,6%) больных, которым использован веерообразный лапаролифт для лапароскопической холецистэктомии. Местный перитонит выявлен у 10 (15,6%) больных контрольной группы и у 9 (14,%) пациентов основной группы.

В контрольной группе больным выполнена лапаротомическая холецистэктомия. Показатели SAPSII у больных контрольной группы равнялись $30,6 \pm 2,3$ балла и предположительный риск смерти – $9,7 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$).

В основной группе пациентам произведена лапароскопическая холецистэктомия с использованием веерообразного лапаролифта, разработанного в нашей клинике. В данной группе количество баллов по SAPSII равнялось $31,9 \pm 1,8$ и предположительный риск смерти – $11,2 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$).

При сравнительной оценке динамики клинических показателей у больных контрольной группы, перенесших традиционную холецистэктомию, отмечается более медленная их нормализация. Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии в среднем составила $3,5 \pm 0,9$ суток, после открытой холецистэктомии боли в области послеоперационной раны сохранялись $7,3 \pm 1,1$ суток ($p < 0,05$).

В основной группе отмечалась более ранняя активизация больных: на $1,7 \pm 0,7$ сутки после операции, и более поздняя после открытой холецистэктомии: на $4,6 \pm 1,2$ сутки ($p < 0,05$). В наибольшей степени это связано с различием в оперативном доступе и связанным с этим различием в объеме операционной травмы.

Нормализация температуры тела у пациентов основной группы проходила в наиболее ранние сроки после операции, достигая нормы к $4,2 \pm 1,2$ суток, в то время как больным контрольной группы на это требовалось больше времени: $6,8 \pm 1,3$ суток ($p < 0,05$).

При сравнении количества лейкоцитов периферической крови, биохимических показателей крови в послеоперационном периоде отмечается нормализация всех исследуемых параметров у больных основной группы к $4,1 \pm 1,0$ суток. После традиционной холецистэктомии динамика нормализации клинических и лабораторных показателей была значительно хуже ($6,4 \pm 1,2$ суток) ($p < 0,05$).

Продолжительность пребывания пациента в стационаре больных после традиционной холецистэктомии составила $16,1 \pm 2,1$ койко-дня, в основной группе – $9,9 \pm 1,6$ койко-дня ($p < 0,05$).

В группе, где использована традиционная холецистэктомия, послеоперационные осложнения выявлены у

19,4% (7). В послеоперационном периоде в контрольной группе у 3 (8,3%) больных выявлена пневмония с экссудативным плевритом, у 2 (5,5%) пациентов – острый панкреатит, острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия) выявлен у одного (2,7%) больного, транзиторная ишемическая атака – у одного больного (2,7%). У 6 (16,6%) больных контрольной группы отмечено нагноение послеоперационной раны.

В группе, где пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием веерообразного лапаролифта, послеоперационные осложнения выявлены у 10,7% (3). Отмечен острый панкреатит в послеоперационном периоде у 2 (7,1%) пациентов, у одной пациентки развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (3,5%). Данные осложнения купированы медикаментозной терапией. Сравнивая количество и тяжесть послеоперационных осложнений у больных, где был использован веерообразный лапаролифт, отмечены меньшее количество осложнений и меньшая их тяжесть. Со стороны послеоперационной раны осложнений не отмечено.

В группе, где использована традиционная холецистэктомия, летальность составила 11,1% (4), а в группе, где пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием веерообразного лапаролифта, умерла одна пациентка (3,5%).

Таким образом, использование веерообразного лапаролифта позволяет расширить показания к выполнению эндовидеохирургических операций у пациентов, имеющих противопоказания к пневмоперитонеуму. Применение веерообразного лапаролифта при лапароскопической холецистэктомии для лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных (уменьшить длительность пребывания в стационаре, снизить процент послеоперационных осложнений и летальность).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 16–18.
2. Зубрицкий В. Ф. Хирургическая тактика лечения осложнённых форм желчно-каменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Научные труды ГИУВ МО РФ. – 2008. – Т. 1. – С. 56–59.
3. Леценко И. Г., Александров И. К., Каплан Б. И. Выбор тактики лечения больных с хроническим калькулезным холециститом в пожилом и старческом возрасте // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164. № 4. – С. 25–27.

4. Мазитова М. И., Ляпахин А. Б. Безгазовая лапароскопия в гинекологии как альтернатива классической эндоскопии // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89. № 4. – С. 498–502.

5. Малярчук В. И., Русанов В. П., Иванов В. А., Малюга В. Ю. Хирургия калькулезного холецистита в геронтологической практике // Клиническая геронтология. – 2004. – Т. 10. № 2. – С. 22–28.

6. Мамсуров М. Э. Лечение острого холецистита у больных с повышенным операционным риском: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.00.27 / М. Э. Мамсуров; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. – СПб, 2009. – 22 с.

7. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12. № 6. – С. 40–46.

8. Патент на изобретение № 2372045 МПК8 А61 В19/00, А61 В17/02. Веерообразный лапаролифт / С. А. Касумьян, А. А. Макуров, И. В. Абраменкова, В. И. Соловьев. 2008116916; заявл. 28.04.2008., 10.11.2009.

9. Тезяев В. В. Возможности использования мини-лапаротомной холецистэктомии при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Нижегородский медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 124–128.

10. Шулушко А. М., Агаджанов В. Г. «Открытая» лапароскопия: пути улучшения хирургического лечения калькулезного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2004. – Т. 10. № 2. – С. 39–42.

11. Chousleb Mizrahi E., Tousle Kalach A., ShuchleibChaba S. Actual status of laparoscopic cholecystectomy // Gastroenterol mex. – 2004. – Vol. 1. – P. 28–35.

12. Connor S., Garden O. J. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy // Br. j. surg. – 2006. – Vol. 93. – P.158–168.

13. Ishizaki Y., Miwa K., Yoshimoto J. Conversion of elective laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy between 1993 and 2004 // Br. j. surg. – 2006. – Vol. 93. – P. 987–991.

14. Korolija D., Sauerland S., Wood-Dauphinée S. Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery. Evidence-based guidelines of the European association for endoscopic surgery // Surg. endoscopy. – 2004. – Vol. 18. – P. 879–897.

15. Tambyraja A. L., Kumar S., Nixon S. J. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients 80 years and older // World j. surgery. – 2004. – Vol. 28. – P. 151–156.

Поступила 11.02.2011

**О. О. НОВИКОВ¹, Е. Т. ЖИЛЯКОВА², Н. Н. САБЕЛЬНИКОВА¹, Г. В. ВАСИЛЬЕВ¹,
Т. С. ПОЛУХИНА¹, М. Ю. НОВИКОВА², М. В. ПОКРОВСКИЙ¹, М. Ю. ЧАЙКИНА²**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХРОМАТОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В АНАЛИЗЕ ЛОРАТАДИНА

¹Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии;

²кафедра фармацевтической технологии, управления и экономики здравоохранения

ГОУ ВПО «Белгородский государственный университет»,

Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85, тел. (4722) 301425. E-mail: novikov@bsu.edu.ru

В статье приведены результаты разработки методик контроля качества лоратадина методами хроматографии в тонком слое сорбента и высокоэффективной жидкостной хроматографии. Разработана методика определения примесей в субстанции лоратадина. Разработанный набор методов контроля качества лоратадина рекомендован авторами для его определения в различных лекарственных объектах.

Ключевые слова: лоратадин, ТСХ, ВЭЖХ, примеси, контроль качества.

**O. O. NOVIKOV¹, E. T. ZHILYAKOVA², N. N. SABEL'NIKOVA¹, G. V. VASIL'EV¹,
T. S. POLUKHINA¹, M. Yu. NOVIKOVA², M. V. POKROVSKY¹, M. Yu. CHAIKINA²**

APPLICATION OF CHROMATOGRAPHIC METHODS IN LORATADINE'S QUALITY CONTROL

¹Department of pharmaceutical chemistry and pharmacognosy of Belgorod state university;

²department of pharmaceutical technology, management and economics of public health service of Belgorod state university,

Russia, 308015, Belgorod, Pobedy st., 85, tel. (4722) 30-14-25. E-mail: Novikov@bsu.edu.ru

The results of elaborating of quality control methods of loratadine are represented in article. TCL and HPLC methods were used in estimation and quantification of loratadine. Estimation of foreign substances in loratadine was established. Authors recommend these quality control methods for analysis of loratadine in different drugs.

Key words: loratadine, TCL, HPLC, foreign substances, quality control.

Введение

Проблема аллергии сегодня – одна из важнейших для медицины. По данным ВОЗ, аллергические проявления встречаются у 20% населения мира.

По мнению исследователей, несмотря на то что аллергические болезни известны человеку более двух с половиной тысяч лет, в современном мире проблемы, связанные с вопросами диагностики, терапии