

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Россия, Республика Дагестан, 367012, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.
Тел.: 8 (928) 0606200, раб. 68-31-65. E-mail: raximat1281@mail.ru

Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 468 больных с острым холециститом (ОХ) старческого возраста. Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили больные, которым выполнена ЛХЭ, – 42 пациента; вторую – пациенты, которым оперативная помощь оказана из МЛД с элементами «открытой» лапароскопии – 77 человек; в третью группу вошли лица, перенесшие оперативное вмешательство путем ШЛ, – 38 больных. Задачи обследования и лечения больных ОХ решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клинико-лабораторных исследований, инструментальных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики и диапевтики. Анализ результатов лечения больных с ОХ старческого возраста с применением разных хирургических доступов показывает, что у больных, оперированных с применением МТ, имеет место гладкое и более легкое течение ПП. ЛХЭ – радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с ОХ и ее осложнениями наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных ИОО, использование ШЛ более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются методы щадящего оперирования из мини-доступа.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, мини-лапаротомный доступ, широкая лапаротомия, осложнения, старческий возраст.

R. T. MEDGIDOV, R. R. KURBANISMAILOVA

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS PATIENTS SENILE AGE

Department of general surgery ГБОУ ВПО «Dagestan state medical Academy of the Ministry of health of Russia»,
Russia, Republic of Dagestan,
367012, Makhachkala, pl. Lenina, 1. Tel.: 8 (928) 0606200, 68-31-65. E-mail: raximat1281@mail.ru

The work is based on the analyses of the clinical examination's results and the treatment of 468 patients with cholecystitis (ACH) elderly patients. All the patients were divided into three group: the 1st group composed of patients who were undergone to the LCHE – 158 patients; in the 2nd group – the patients who had got the operative help from the MLA with the elements of «opened» laparoscopy – 155 persons; in the 3d group – the persons who undergone to the operative interference by means of wide laparotomy WL – 152 patients.

The problems of examination and treatment of the patients with ACH were decided in combination and consistent using the complex of clinical, laboratory investigations, tools, x-ray and endoscopical methods of diagnostics and diapetics.

The analysis of the results of the elderly patients treatment with DCH by using of different surgical accesses show that the patients operated with the using of miniinvasion technology had smooth and more slight course of postoperative period. LCHE – it is radical operation, that really can be considered suitable for the treatment of the most patients with the acute cholecystitis (ACH) and its complications with the interferences from the traditional accesses. When the requires to the intraoperative inspection are increased, zones of operation and the risk of appearance of dangerous intraoperative complications are higher using WL more really. When there are the high risk of development of pulmonary – cardiac complications the methods of none aggressive operation from the miniaccess are more suitable.

Key words: acute calculous cholecystitis, laparoscopic access, minilaparotomical access, wide laparotomy, complications, elderly patients.

Введение

В последние годы отмечается значительный рост числа больных с острым холециститом (ОХ) старческого возраста [2, 4, 5, 10].

Наряду с очевидными преимуществами нетрадиционные доступы обладают и целым рядом недостатков, к которым, в частности, относятся невозможность пальпаторной ревизии органов брюшной полости, необходимость напряженного пневмоперитонеума, различные технические ограничения методик. Эти недостатки новых, так называемых «малых» доступов могут привести к развитию осложнений, в ряде случаев весь-

ма серьезных, требующих для своей коррекции широкой лапаротомии (ШЛ) [2, 5, 6, 8].

Сообщения ведущих хирургов на симпозиумах, съездах, конгрессах свидетельствуют о существовании еще не решенных, проблемных вопросов при выборе оптимального хирургического доступа у больных с калькулезным холециститом (КХ) и его осложнениями [7, 8, 10]. Большинство сторонников новых методов оперирования на желчном пузыре (ЖП) и протоках стремятся к универсализации и расширению диапазона оперативных возможностей используемого и пропагандируемого ими доступа, рассматривая его

как альтернативу всем другим, прежде всего традиционным.

Цель работы – определить возможности мини-доступа в хирургическом лечении ОХ в старческом возрасте.

Материалы и методы

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 157 больных с ОХ. Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили больные, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), – 42 пациента; вторую – пациенты, которым оперативная помощь оказана из мини-лапаротомного доступа (МЛД) с элементами «открытой» лапароскопии – 77 человек; в третью группу вошли лица, перенесшие оперативное вмешательство путем ШЛ, – 38 больных. Доля катарального холецистита среди указанных пациентов невелика и составила 12,6%. Преимущественно встречались больные с флегмонозной (54,0%) и гангренозной (19,4%) формами заболевания.

Перивезикальный инфильтрат в анализируемых группах отмечен у 15 (19,5%) пациентов, околопузырный абсцесс – у 3 (1,9%), эмпиема ЖП – у 4 (2,5%). При этом в группе оперированных из лапароскопического доступа (ЛД) околопузырный инфильтрат наблюдался у 4 (2,5%) больных, эмпиема ЖП – у 1 (0,6%), околопузырный абсцесс выявлен у 1 (0,6%) пациента. При использовании МЛД данные осложнения встречались на порядок чаще: перивезикальный инфильтрат – у 7 (4,4%), околопузырный абсцесс – у 2 (4,7%) и эмпиема ЖП – у 1 (0,6%) оперированного. Холедохолитиаз в группе больных, оперированных с использованием лапароскопической технологии, отмечен у 2 (4,7%) пациентов, МЛД – у 3 (7,1%). Среди пациентов, оперированных путем ШЛ, инфильтрат в зоне шейки ЖП и гепатодуоденальной связки отмечен у 4 (10,5%) больных, околопузырный абсцесс – у 1 (2,7%), эмпиема ЖП – у 3 (7,9%), холедохолитиаз – у 4 (10,5%).

Тяжелое течение ОХ с развитием билиобилиарных свищей (синдром Мирizzi) отмечено у 2 (1,3%) пациентов при МЛД и у 1 при вмешательствах путем ШЛ. В случае выявления билиобилиарного свища при операциях из «малого» доступа для завершения последней потребовалась конверсия в лапаротомию.

Подавляющее большинство больных поступили в стационар в удовлетворительном (74,9%) и среднетяжелом (17,0%) состоянии. У 7,9% пациентов состояние при поступлении расценено как тяжелое. В группе больных, оперированных из ЛД, тяжелое состояние при поступлении отмечено у 2,4%, среди оперированных путем МД – у 2,6% и ШЛ – у 2,9%.

Из сопутствующих заболеваний в анализируемых группах ведущее место занимали сердечно-сосудистые: артериальная гипертония – у 31,9%, ишемическая болезнь сердца – у 22,1%, атеросклероз и кардиосклероз – у 23,3%. Хронический бронхит отмечен у 7,4% больных, бронхиальная астма – у 2,1%, эмфизема легких – у 13,9%, дыхательная недостаточность различной степени выраженности – у 17,2% больных. При обследовании желудка и двенадцатиперстной кишки хронический гастродуоденит выявлен у 19,7%; полип желудка – у 3,5%; эрозивные гастриты и дуодениты – у 8,8% больных; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения – у

0,6% и вне обострения – у 2,9%. Сахарным диабетом страдали 44 (9,4%) пациента. Ожирение различной степени отмечено у 13% больных.

Среди других сопутствующих заболеваний отмечались: мочекаменная болезнь – у 5,0%; хронический пиелонефрит – у 4,1%; варикозная болезнь, хронический тромбоз – у 8,3%.

Задачи обследования и лечения больных ОХ решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клиничко-лабораторных исследований, инструментальных, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики и диетотерапии. При этом эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатохолангиография (ЭРХПГ) была применена у 14 (8,9%) больных и у 6 пациентов завершено эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). Лапароскопическая холецистостомия была выполнена у 11 (7,0%) больных с деструктивными формами острого холецистита, а у 15 пациентов с деструктивным холециститом микрохолецистостомия выполнена под УЗ-наведением. Холедохоскопия выполнена 4 больным, оперированным из ШЛ.

Результаты и их обсуждение

Устранить холедохолитиаз методами эндоскопического внутреннего дренирования не удалось у 2 (11,1%) больных. Причинами этого послужило наличие крупного парафатерального дивертикула – в 1-м наблюдении, гигантского холедохолитиаза – в другом. После ЭПСТ у больных наблюдались осложнения – в 1 случае отмечено умеренное кровотечение из папиллотомного разреза, остановленное путем диатермокоагуляции, в другом – развитие острого обтурационного холецистита. Ситуация в последнем случае была разрешена ЛХ. В числе осложнений ЭРХПГ мы наблюдали развитие острого панкреатита (ОП) у 3 больных и разлитого желчного перитонита на фоне ретродуоденальной перфорации у 1 пациентки. У 2 больных ОП купирован консервативно, у 1 – путем ЛХ и дренирования сальниковой сумки. Больному с перитонитом выполнена экстренная лапаротомия – отмечен летальный исход (летальность – 0,29%).

Осложнения после микрохолецистостомии наблюдались у 2 пациентов: выпадение холецистостомического дренажа, установленного под УЗ-наведением, – 1 случай, сквозная перфорация органа с точечной травмой передней стенки ЖП при выполнении ЛХ. В обоих случаях выполнена экстренная лапаротомия, при выводе дренажа из полости пузыря – редренирование.

Интраоперационные осложнения (И/ОО) при ШЛ встречались у 7,1% оперированных. Среди них местные осложнения (кровотечения, перфорация желчного пузыря) отмечены у 5,4% пациентов, общие – у 1,8%. Кровотечение мы наблюдали у 1 оперированного, перфорацию ЖП – у 1 пациента. Общее осложнение в виде гипертонического криза мы наблюдали у 1 больного, в связи с которым операции были перенесены на более поздние сроки.

Продолжительность традиционной ХЭ при остром холецистите составила в среднем $52,05 \pm 2,5$ минуты, при выполнении интраоперационной холеграфии – $66,25 \pm 3,2$ минуты, холедохотомии – $70,15 \pm 3,3$ минуты ($p < 0,05$). Средняя длина кожного разреза передней брюшной стенки при срединной лапаротомии составила $17,55 \pm 0,3$ см. ПП характеризовался наличием

выраженного болевого синдрома, постельный режим больные соблюдали в течение первых 2 дней, энтеральное питание начинали не ранее 3-х суток, парез кишечника отмечен у 15,2% оперированных.

Ранние послеоперационные осложнения (П/ОО) встречались у 13,4% оперированных. Среди них преобладали общие осложнения, которые отмечены у 8,9% пациентов; местные осложнения имели место только у 4,5% оперированных больных. Тяжелого осложнения в виде печеночно-почечной недостаточности не отмечено. Спаечная кишечная непроходимость имела место у 1 пациента, абсцесс подпеченочного пространства – у 1 больной. Нагноение послеоперационной раны наступило в 3 случаях, длительное желчеистечение с ложа ЖП – 1. При изучении отдаленных результатов развития послеоперационной грыжи передней брюшной стенки отмечено у 2 больных, резидуальный холедохолитиаз выявлен у 1 пациента.

Сроки госпитализации больных, оперированных из ШЛ, составили в среднем 13,4±3,2 койко-дня.

Средние сроки временной нетрудоспособности у больных, оперированных путем ШЛ, составили 42,2±6,3 дня, послеоперационная летальность не отмечена.

В группе больных, оперированных путем МЛД при использовании инструментально-диагностических методик, отмечено развитие ОП после ЭРХПГ у двух больных с подозрением на патологию желчных протоков. Переход к ШЛ в группе оперированных путем МЛД потребовался в 4 (5,2%) случаях. Основные причины конверсии МЛХЭ на ШЛ представлены в таблице.

Продолжительность ХЭ из МЛД в среднем составила 54,5±2,3 мин, при хроническом – 53,4±2,5 минуты. Средняя длина кожного разреза при трансректальном мини-доступе составила 4,4±0,3 см, при параректальном – 4,7±0,3, при подреберной МЛ – 4,9±0,3 см. В ПП

рационной раны – у 1. Из общих осложнений ателектаз легких – у 1.

Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре больных, оперированных из МЛД, составила 9,2±1,04 к/дней. Больные, которым в предоперационном периоде проводилась ЧЧМ-ХС, находились в стационаре после МЛХЭ в среднем 8,6±1,04 к/дней. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после МЛХЭ с холедохостомией составила 10,4±2,3 к/дней. В случаях конверсии на ШЛ сроки пребывания больных в стационаре после операции составили 18,3±1,23 к/дней. Средние сроки временной нетрудоспособности после МЛХЭ составили 18,4±1,7 дня.

Средняя продолжительность ЛХЭ составила 61,42±2,52 мин, средняя длина комбинированного кожного разреза – 4,3±0,3 см. В первые двое суток отмечались боли в области раны. Постельный режим соблюдали в течение одних суток. Энтеральное питание начинали к концу 1-х суток после операции. Парез кишечника в группе оперированных из ЛД отмечен у 2,6% больных. И/ОО наблюдались при ЛХЭ у 6,9% оперированных. Из них общие – у 2,3%, местные – у 4,6%. Кровотечения из сосудов передней брюшной стенки отмечены у 1 (2,3%), из пузырной артерии – у 1 (2,3%). П/ОО отмечены у 11,8% (5) оперированных. Подкожная эмфизема – у 1 (2,4%), инфильтрат послеоперационной раны – у 2 (4,7%), нагноение ран – у 1 (2,4%). Среди общих осложнений ателектаз легких имелся в 1 (2,44%) наблюдении.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ЛХЭ составила 7,5±2,03 койко-дней. Средние сроки временной нетрудоспособности после перенесенной ЛХЭ – 18,4±1,7 дней. Летальных исходов после ЛХЭ в анализируемой группе (42) не отмечено.

Причины конверсии МЛХЭ на ШЛ

Причины перехода на ШЛ	Абс.	%
Неясная анатомия в зоне треугольника Кало и невозможность идентифицировать элементы ворот печени на фоне выраженного плотного инфильтрата	1	1,3
Кровотечение из пузырной артерии	1	1,3
Кровотечение из ложа ЖП	1	1,3
Синдром Мириззи+холедохолитиаз	1	1,3
Итого	4	5,2

у всех больных отмечались боли в животе и области раны передней брюшной стенки в течение первых 2–3 суток. Постельный режим больные соблюдали в течение первых суток после операции. Энтеральное питание начинали не ранее вторых суток, парез кишечника отмечен у 2,7% пациентов.

ИОО наблюдались у 5,2% (4) оперированных, из них у 4,1% – местного характера и только у 1,1% – общего. Кровотечения из пузырной артерии имели место у 1 пациентки, из ложа пузыря – у 1, перфорация ЖП – у 1 больного. Подъем артериального давления интраоперационно отмечен у 1 пациентки. Конверсия на ШЛ имела место в 2 наблюдениях.

Ранние ПОО в группе ХЭ из МЛД встречались у 7% (5) больных: местные – у 5,8% (4), общие – у 1,2% (1) пациентов. Из местных осложнений наблюдались подпеченочный инфильтрат (2), инфильтрат в области послеоперационной раны – у 1, нагноение послеопе-

Наиболее убедительными аргументами для вынесения суждений о преимуществах или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели послеоперационной летальности и осложнений. Интерес при этом представляет не только общее количество, но и характер этих осложнений. Наш опыт применения ЛХЭ и МЛД в хирургическом лечении ЖКБ наряду с ХЭ из ШЛ показывает, что многие И/ОО и П/ОО послеоперационные осложнения характерны как для операции с использованием мини-инвазивных технологий (МТ), так и для оперативных вмешательств, выполненных путем ШЛ. Изучение отдаленных результатов лечения указывает на то, что поздние осложнения чаще наблюдаются у пациентов, оперированных путем ШЛ (3,6%) против 0,9% – с применением МТ.

Анализ результатов лечения больных с ОХ с применением разных хирургических доступов также пока-

зывает, что у больных, оперированных с применением разных МТ, имеет место гладкое и более легкое течение ПП.

Подводя итог проведенному анализу показателей, И/ОО и П/ОО послеоперационных осложнений, летальности, продолжительности оперативного вмешательства, размеров доступа, особенностей течения ПП, сроков пребывания больных в стационаре до и после операции, сроков реконвалесценции больных, следует отметить, что в группе оперированных путем ШЛ отмечается самый высокий процент П/ОО с преобладанием осложнений общего характера, а И/ОО отмечены во всех группах примерно с одинаковой частотой. Объяснением служит большая травматичность вмешательств путем ШЛ. Напротив, небольшой оперативный доступ, максимальная асептичность выполнения операций ЛХЭ и МЛХЭ примерно за тот же промежуток времени, что и традиционный, преимущественно чисто инструментальный характер манипуляций, и, как результат, малая травматичность, обеспечивают более короткий ПП, о чем свидетельствует относительно низкое число П/ОО.

Все это позволяет нам говорить о том, что ЛХЭ – радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с ОХ и ее осложнениями в старческом возрасте наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных И/ОО, использование ШЛ более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются методы щадящего оперирования из мини-доступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. А. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27–36.

2. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7. № 1. – С. 93–94.

3. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Котовский А. Е. и др. Синдром Миризи: особенности диагностики и лечения // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. № 3 – С. 7–10.

4. Капранов С. В., Исмаилов У. З., Шапкин Ю. Р. Роль и место диапневтических декомпрессивных операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска // Современные проблемы науки и образования. – 2010. – № 2. – С. 47–52.

5. Савельев В. С., Васильев В. Е., Куликов В. М. и др. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Российского государственного медицинского университета. – М., 2006. – Т. 4 (51). – С. 44–46.

6. Старков Ю. Г., Шишин К. В., Солоднина Е. Н. и др. Лапароскопические операции с использованием гибких эндоскопов – новая концепция развития малоинвазивной хирургии // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. № 3. – С. 71–72.

7. Шаповальянц С. Г., Орлов С. Ю., Будзинский С. А., Федоров Е. Д., Мыльников А. Г. Возможности эндоскопических методов в лечении сложного холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. № 3. – С. 127.

8. Ciger U., Michel J. M., Vonlanther R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome // Langenbecks arch. surg. – 2005. – № 390. – P. 373–380.

9. Maymi T., Takada T., Kawarada Y. et al. Result of the consensus meeting Tokyo guidelines // J. hepatobiliary pancreat. surg. – 2007. – № 1. – P. 114–121.

10. Surakos T., Antonitsis P., Zacharakise et al. Small-incision (mini-laparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital // Langenbecks arch. surg. – 2004. – № 389. – P. 172–177.

11. Schiphorst H., Bessefink M. G., Boerma D. et al. Timing of cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones // Surg. endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 2046–2050.

Поступила 22.02.2013

А. В. ОНОПРИЕВ¹, И. В. АКСЕНОВ¹, Н. С. ШЕЙРАНОВ²

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79183263146. E-mail: onopriev@rambler.ru;

²ГБУЗ Ставропольского края «Ессентукская центральная городская больница», Россия, 357635, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Октябрьская, 464.

Тел. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru

В работе изучена возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии у группы больных с острым холециститом, страдающих морбидным ожирением – индекс массы тела (ИМТ) составляет более 40 кг/м² (масса тела превышена на 45–50% от нормальных ее значений). В статье представлены результаты выполнения эндоскопической холецистэктомии у 132 больных с морбидным ожирением при остром калькулезном холецистите. Описываются особенности методики выполнения операции. Для оптимальной экспозиции зоны операции и снижения давления пневмоперитонеума в большинстве случаев необходимо использование дополнительного ретрактора. Делается вывод о возможности выполнения эндоскопической холецистэктомии у этой группы больных.

Ключевые слова: острый холецистит, эндоскопическая холецистэктомия, ожирение.