

УДК 616.381-089.85;616.366-089.87;616-08;616.366-003.7

А.Х.Норов, Р.Рахматуллаев, Дж.М.Курбонов*, Н.И.Расулов*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Медико-санитарная часть Государственного Унитарного предприятия

«Таджикская алюминиевая компания»,

**Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино*

(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан Т.Г.Гульмуратовым 14.11.2011 г.)

В работе представлены результаты лапароскопической холецистэктомии 84 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом. Анализ послеоперационных результатов показал, что ранние послеоперационные осложнения после лапароскопической холецистэктомии составили 9.5%. Средняя продолжительность пребывания больного сократилось до 5.9 ± 1.5 дней, что показывает на эффективность применения данной методики операции.

Ключевые слова: *острый калькулёзный холецистит – лапароскопическая холецистэктомия – пожилой и старческий возраст.*

Калькулезный холецистит является одной из основных проблем гериатрии и геронтологии в связи с высокой частотой желчнокаменной болезни (ЖКБ) среди этой возрастной группы людей. Необходимо отметить, что осложнения ЖКБ в виде острого холецистита и холедохолитиаза среди этой возрастной группы отмечаются в 55-100% случаев [1,2]. Актуальность проблемы острого холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения, особенно среди пациентов пожилого и старческого возраста. Преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания делают оперативное вмешательство для этих больных часто непереносимым, а консервативная терапия далеко не всегда оказывается успешной [3,4].

Пожилой и старческий возраст, несмотря на свойственные ему нарушения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма, не может служить противопоказанием к оперативному лечению острого холецистита [5]. Результаты традиционной холецистэктомии неудовлетворительны, имеется тенденция к возрастанию количества осложнений и повторных операций [6-8]. Это обстоятельство, на фоне увеличения числа больных с ЖКБ, обусловили поиск новых методов лечения острого холецистита (ОХ). С применением лапароскопической холецистэктомии становится актуальным вопрос оценки её эффективности в сравнении с традиционной (открытой) холецистэктомией. В оценке эффективности лапароскопической холецистэктомии наиболее существенными

Адрес для корреспонденции: Норов Асадулло Хабибуллоевич. 735014, Республика Таджикистан, г.Турсунзаде, Французгородок, Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО. E-mail: norov70@mail.ru

являются изучение ближайших и отдаленных результатов операции, а также сравнительный анализ их с результатами традиционной холецистэктомии.

Целью данной работы явился сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной холецистэктомии в лечении острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

Методы исследования

В основу настоящего исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 134 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом, оперированных с применением лапароскопической и традиционной методик, за период 2001-2011 гг. в хирургическом отделении Медико-санитарной части ГУП «Таджикской алюминиевой компании».

В первую группу вошли 84 больных, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия; вторую (контрольную) группу составили 50 больных, оперированных традиционным методом (табл. 1).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных с острым калькулёзным холециститом

Группы	Методика операции	Возраст больных, лет		Всего больных
		60-74	75-89	
I	ЛХЭ	57	27	84
II	ТХЭ	36	14	50
Всего больных		93	41	134

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; ТХЭ – традиционная холецистэктомия.

Среди обследованных мужчин было 45 (34%), лиц женского пола – 89 (66%), возраст больных – от 60 до 90 лет, средний возраст составил 72.1 ± 1.5 лет. Сроки госпитализации больных от начала приступа ОХ составили от 8 до 120 ч, при этом наиболее часто (в 68 (51.2%) случаях) больные были госпитализированы через 25-72 ч от начала заболевания.

У большинства обследованных больных отмечались различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов: ИБС – у 34 (25.3%), гипертоническая болезнь – у 42 (31.3%), сахарный диабет – у 12 (8.9%).

ЛХЭ произведена 84 пациентам. Операцию производили в условиях эндовидеохирургической операционной по классической методике (американской). Необходимо отметить, что при ЛХЭ у лиц пожилого и старческого возраста мы придерживались умеренного карбоксиперитонеума – 7-8 мм рт.ст. при инсуффляции углекислого газа 2-3 объема в минуту.

Больным контрольной группы произведено оперативное лечение по традиционной методике. В связи с холедохолитиазом восьми пациентам наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) и у трёх больных в связи с явлениями холангита операция завершена дренированием холедоха по Вишневному.

Результаты и их обсуждение

При определении показаний к ЛХЭ в основном акцент делали на данные УЗ-исследования, поскольку у лиц пожилого и старческого возраста в силу атипичности клинического течения основным критерием, определяющим состояние желчного пузыря и степень деструкции стенок, являются

данные УЗИ. По данным УЗИ, околопузырная жидкость в ограниченном размере имела у 12 (17.6%) пациентов. У всех обследованных больных отмечалось утолщение стенки желчного пузыря. Из них у 12 (17.6%) имела двухконтурная стенка, околопузырный инфильтрат нами выявлен у 28 (41.2%) пациентов, у трёх – расширение холедоха более 10 мм. По материалам нашего исследования, инфильтраты у пациентов с трехсуточной давностью заболевания во всех случаях были рыхлыми, включая область шейки и тела, легко отделялись от желчного пузыря (рис.).

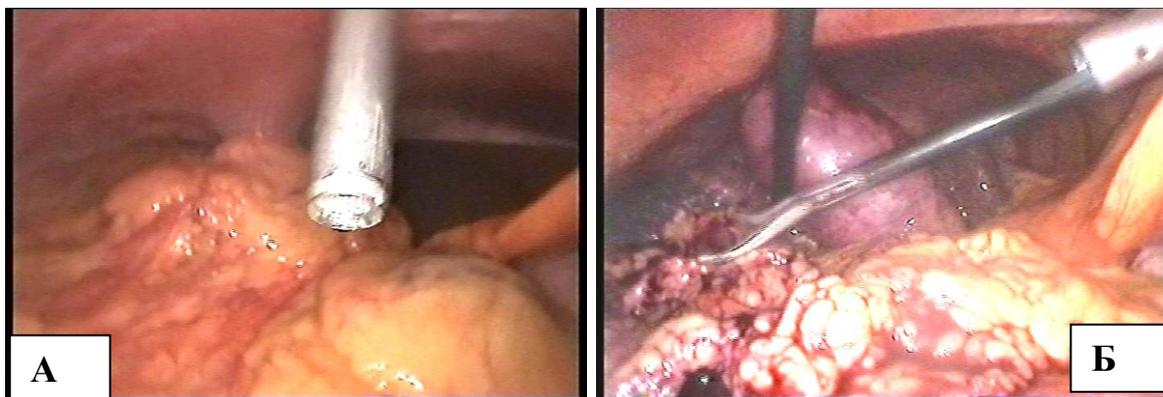


Рис. Лапароскопическая холецистэктомия:

А) рыхлый инфильтрат подпеченочной области; Б) разъединение инфильтрата.

Расширение холедоха более 10 мм отмечено у пяти пациентов, им через пузырный проток произведена холангиография. У двух больных выявлено наличие конкрементов в холедохе и произведена лапароскопическая холедохолитотомия с помощью катетера «Фогарти». У двух больных интраоперационно выявлен синдром Мириззи, произведена конверсия и операция завершена из мини-лапаротомного доступа.

При оценке ближайших послеоперационных результатов мы учитывали продолжительность операции, потребность в назначении наркотических анальгетиков, сроки активизации больных, сроки пребывания больных 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. 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 двух-трёх суток. Дренажные трубки удаляли на четвертые сутки. Холедохостомическую трубку удаляли на 10-е сутки после контрольной холангиографии. У двух пациентов с суточным выделением желчи 350-400 мл на третьи сутки произведена релапароскопия, причиной желчеистечения явилось соскальзывание клипсы из культы пузырного протока. Проведена санация подпечёночной области и повторное клипирование культы пузырного протока 10-мм клипсом. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 5.9 ± 1.5 дня. Летальных исходов не было.

Больные второй группы после операции жаловались на боли в области послеоперационной раны, которые купировались инъекцией наркотических анальгетиков. Пациенты активизировались на третьи сутки, в реанимационном отделении находились в среднем в течение трёх суток. По показаниям проводилась коррекция функции жизненно важных органов. Средний срок пребывания больных

составил 14 ± 1.5 дня, умерли двое больных от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности (табл. 2).

Таблица 2

Ближайшие результаты хирургических операций острого калькулёзного холецистита

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде	ЛХЭ (n=84)	ТХЭ (n=50)
Жёлчеистечение	4 (4.7%)	2 (4%)
Инфильтрат и серома послеоперационной раны	0	1(2%)
Нагноение раны	1 (1.2%)	2 (4%)
Поддиафрагмальный абсцесс	1 (1.2%)	1 (2%)
Жёлчный перитонит	1 (1.2%)	2 (4%)
Кровотечение	1 (1.2%)	0
Релапароскопия	2 (2.4%)	0
Релапаротомия	0	2 (4%)
Летальность	0	2 (4%)
Осложнения	9.5%	16%

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

В отдалённом послеоперационном периоде от пяти месяцев до пяти лет наблюдались 52 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 двух (5.6%) пациентов отмечалось грыжевое выпячивание. По поводу резидуального холедохолитиаза через три года и пять лет оперированы два пациента, в обоих случаях наложен ХДА по Юрашу-Виноградову.

В отдалённом периоде наблюдались 36 пациентов второй группы. Восемь больных жаловались на неприятные ощущения (онемение) и на периодические боли колющего характера в области послеоперационных рубцов. Грыжевое выпячивание в области послеоперационных рубцов отмечено у пяти пациентов; из них в двух случаях – послеоперационная грыжа верхнесрединного рубца, в трёх случаях – послеоперационная грыжа косого подреберного послеоперационного рубца. Спаечной болезнью страдали два пациента и один пациент оперирован по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

Таким образом, у пациентов первой группы, которые оперированы с применением лапароскопической методики, в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде отмечена наименьшая частота различных ранних и поздних послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде у пациентов второй группы отмечена высокая частота различных осложнений, связанных с перенесённым оперативным вмешательством и летальный исход в двух случаях. Операции, выполняемые с применением лапароскопической методики, сопровождаются меньшей частотой различных осложнений.

В ы в о д ы

1. При остром калькулёзном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста ЛХЭ возможна при условии отсутствия деструкции стенки желчного пузыря, плотного околопузырного инфильтрата, расширения холедоха и сердечно-легочной недостаточности.

2. С целью защиты сердечно-сосудистой и легочной системы от отрицательного воздействия искусственного карбоксиперитонеума ЛХЭ следует провести в условиях умеренного карбоксиперитонеума (7-8 мм рт.ст. при расходе углекислого газа 4 мл об. в мин).

Поступило 14.02.2012 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. - М.: Видар, 2006, 557 с.
2. Арутюнян Ю.А. – Эндоскопическая хирургия. – М.: 2001, №3, с. 27-28.
3. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: Автореф. дисс... к.м.н. – М., 2008, 26 с.
4. Алиев А.Х. и др. - Материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2005, с. 56-57.
5. Васильев А.А. – Хирургия, 2000, №2, с. 16-17.
6. Галлингер Ю.И. и др. – Анналы НЦХ РАМН, 1997, с. 14-18.
7. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: практическое руководство. – М., 1992, 65 с.
8. Горпинюк В.Г. – Материалы 3 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 1999, с. 85-86.

А.Х.Норов, Р.Рахматуллоев, Ч.М.Қурбонов*, Н.И.Расулов*

**ХОЛЕСИСТЭКТОМИЯИ ЛАПАРОСКОПӢ ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИДИ
САНГДОР ДАР БЕМОРОНИ КАЛОНСОЛ ВА ПИРОНСОЛ**

Қисми тиббию санитарии Корхонаи воҳиди давлатии «Ширкати алюминии тоҷик»,

**Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Натиҷаи 84 холесистэктомияи лапароскопӣ дар беморони калонсол ва пиронсоли гирифтори холесистити шадиди сангдор пешниҳод карда мешавад. Таҳқиқӣ натиҷаи баъди амалиётӣ нишон дод, ки аворизи барвақти баъди холесистэктомияи лапароскопӣ 9.5% ташкил мекунад. Рӯзҳои бистаришави беморон 5.9 ± 1.5 рӯзро ташкил дод, ки ин аз хуббудани истифодаи ин амалиёт нишон медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити шадиди сангдор – холесистэктомияи лапароскопӣ - сину соли калонсол ва пиронсол.

A.H.Norov, R.Rahmatullaev, J.M.Kurbonov*, N.I.Rasulov*

LAPAROSKOPICAL CHOLECYSTECTOMY IN TREATMENT SHARP CALCULOSIS CHOLECYSTITIS AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Medicosanitary part State Unitary the Enterprise «Tadjikaluminium company»,

**Abualy ibni Sino Tajik State Medical Universiti*

In work results laparoscopical cholecistectomy in 84 patients of elderly and senile age with sharp calculus cholecystitis are presented. The analysis of postoperative results has shown that early postoperative complications after laparoscopic cholecistectomy – 9.5%. Average cot-day stay of the patient has made 5.9 ± 1.5 that shows on efficiency of application of the given technique of operation.

Key words: *sharp calculus cholecystitis – laparoscopical cholecistectomy – elderly and senile age.*