

РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Рамазанова А.Р.¹, Попович В.К.², Добровольский С.Р.¹

УДК: 616.366-089.87:616.12-053.9

¹Российский университет дружбы народов²Городская больница № 17, Москва

Резюме

Проведено ретроспективное исследование результатов обследования и лечения 1080 больных желчнокаменной болезнью в возрасте старше 60 лет с сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: холецистэктомия, мини-доступ, больные пожилого и старческого возраста, сердечно-сосудистые заболевания.

RESULTS OF CHOLECYSTECTOMY FROM MINI-ACCESS IN ELDER PATIENT GROUPS WITH DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM

Ramazanova A.R., Popovich V.K., Dobrowskiy S.R.

Retrospective study of results of examination and treatment of 1080 patients aged over 60 with cholelithiasis and coexistent diseases of the cardiovascular system has been performed.

Keywords: cholecystectomy, mini-access, elderly patients, cardiovascular disease.

Примерно четверть населения Земного шара в возрасте старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют камни в желчном пузыре [6, 7, 17, 19]. Количество больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) каждые 10 лет увеличивается в 2 раза [7, 17, 19]. Это заболевание широко распространено в наиболее развитых и урбанизированных странах, поэтому его, по-видимому, можно назвать болезнью цивилизации. Так, в США частота ЖКБ колеблется в пределах 10–15% [3, 6]. У коренного населения Африки, наоборот, ЖКБ встречается редко (менее 1%) [3].

Одновременно среди людей пожилого возраста увеличивается число больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы, в частности, (ИБС) [3]. В России ИБС в среднем страдает около 5% взрослого населения. В общей популяции населения стенокардия напряжения у лиц в возрасте 45–55 лет встречается у 2–5% мужчин и у 0,5–1% женщин, в возрасте старше 65 лет – в 2–20 и 10–14% наблюдений соответственно [3, 13].

Роль сопутствующих заболеваний при хирургическом лечении ЖКБ и ее осложнений велика. Тяжелые сопутствующие заболевания или их сочетание усугубляют состояние больных, и в некоторых случаях расширение объема операции крайне опасно [17].

Радикальным методом лечения ЖКБ и ее осложнений до настоящего времени остается хирургическая операция [5, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 19]. Ежегодно в мире выполняют более 1,5 млн. холецистэктомий. Имеется четкая тенденция более широкого применения миниинвазивных операций у лиц пожилого и старческого возраста, а также у больных с отягощенным анамнезом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которые встречаются в основном после 60 лет [17].

Материал и методы

С 25 мая 1998 г. (дата первой холецистэктомии из мини-доступа в наших наблюдениях) по 31.12.2009 г. в Городской больнице № 17 Москвы холецистэктомия выполнена 2595 больным. В возрасте старше 60 лет были 1122 (43,2%) пациента и у 1080 (96,3%) из них имелись заболевания сердечно – сосудистой системы.

Всех больных ЖКБ с сопутствующими заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы мы разделили на две группы. I группу составили 477 (44,2%) больных, перенесших холецистэктомию из мини – доступа (МХЭ), во II группу вошли 603 (55,8%) пациента, которым произведена традиционная холецистэктомия (ТХЭ).

В I группе женщин было 437 (91,6%), мужчин – 40 (8,4%) в возрасте от 60 до 87 лет (средний возраст 67,5 года); II группу составили 479 (79,4%) женщин и 124 (20,6%) мужчин в возрасте от 60 до 94 лет (средний возраст 71,7 года) (табл. 1).

Табл. 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст в годах	I группа		II группа	
	Мужской	Женский	Мужской	Женский
60–74	39 (8,2%)	366 (76,7%)	87 (14,4%)	307 (50,9%)
75 и старше	1 (0,2%)	71 (14,9%)	37 (6,2%)	172 (28,5%)
Всего	40 (8,4%)	437 (91,6%)	124 (20,6%)	479 (79,4%)

На органах брюшной полости ранее были оперированы 182 (38,1%) больных I группы и 186 (30,8%) – II группы.

Среди сердечно – сосудистых заболеваний преобладали гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз аорты, коронарных сосудов и головного мозга (табл. 2).

Табл. 2. Сердечно-сосудистые заболевания у больных ЖКБ

Сопутствующие заболевания	I группа		II группа	
	абс	%	абс	%
Гипертоническая болезнь	386	80,9	464	76,9
ИБС, стенокардия	222	46,5	324	53,7
Атеросклероз аорты, коронарных сосудов и сосудов головного мозга	201	42,1	248	41,1
Нарушения ритма сердца	34	7,1	80	13,2

Среди больных I группы 22 пациента ранее перенесли острый инфаркт миокарда, 13 – острое нарушение мозгового кровообращения, 2 больным установлен искусственный водитель ритма сердца; во II группе – 54, 51 и 5 больных, соответственно.

Показания к операции представлены в табл. 3.

Табл. 3. Характер послеоперационных осложнений и летальность

№	Характер осложнений	Кол-во		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
1	Несостоятельность сигморектоанастомоза	6	2,4	1	0,4
2	Кишечное кровотечение	2	0,8	1	0,4
3	Пневмония	5	2	1	0,4
4	Нагноение послеоперационной раны	7	2,8	–	–
5	ТЭЛА	1	0,4	1	0,4
6	Инфаркт миокарда	2	0,8	1	0,4
7	Послеоперационный панкреатит	3	1,2	1	0,4
всего		26	10,4	6	2,4

У больных I группы имелись следующие осложнения ЖКБ: механическая желтуха – 8 (1,7%) наблюдений, эмпиема желчного пузыря (ЖП) – 9 (1,9%), холедохолитиаз – 5 (1,0%), стриктура общего желчного протока – 4 (0,8%), холангит, холецистодуоденальный свищ, перивезикальный абсцесс и местный перитонит – по 1 (0,2%) наблюдению.

Во II группе выявлены следующие осложнения ЖКБ: холедохолитиаз – 90 (14,9%), механическая желтуха – 87 (14,4%), стриктура общего желчного протока 55 (9,1%), гнойный холангит – 31 (5,1%), эмпиема ЖП – 24 (4,0%), стриктура большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – 18 (3,0%), холангит – 17 (2,8%), холецистопанкреатит – 13 (2,1%), холецистодуоденальный свищ – 3 (0,5%), холецистохоледохеальный свищ – 1 (0,2%), местный перитонит – 125 (20,7%), перивезикальный абсцесс – 38 (6,3%), разлитой перитонит – 28 (4,6%), абсцесс ворот селезенки – 1 (0,2%).

В I группе в плановом порядке оперировано 255 (53,5%) больных, по срочным показаниям – 16 (3,3%), в отсроченном периоде – 206 (43,2%) пациентов. Во II группе в плановом порядке оперировано 63 (10,4%) больных, по срочным показаниям – 414 (68,7%), в отсроченном

периоде – 99 (16,4%), в экстренном порядке – 27 (4,5%) пациентов.

Тактика хирургического лечения больных ЖКБ в пожилом и старческом возрасте с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы была индивидуальной. Решение о возможности выполнения операции принимали коллегиально во время проведения консилиума с участием хирурга, терапевта (кардиолога) и анестезиолога. При необходимости проводили медикаментозную предоперационную подготовку, включающую кардиотропную терапию.

Результаты и обсуждение

В России ежегодно выполняется более 120 тысяч холецистэктомий, что среди всех общехирургических операций уступает лишь количеству грыжесечений и аппендэктомий [3, 6, 17].

Если ТХЭ известна в течение более века (Langenbuch, 1882), то первая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) сделана 24 года назад (Mouret, 1987). Устранив недостатки традиционного доступа, ЛХЭ пока не получила должного распространения, главным образом, из – за высокой стоимости оборудования. Появился третий метод – МХЭ. Данная операция оказалась особенно эффективной у больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями, у которых травматичность классического доступа существенно повышает риск хирургического вмешательства [4, 8].

В соответствии с современными классификациями к микролапаротомии относят разрезы длиной до 4 см, к современной мини – лапаротомии – длиной от 4,1 до 6 см, к обычной мини – лапаротомии – от 6,1 до 10 см. Разрез длиной более 10 см считают лапаротомным [1, 21, 22]. У оперированных нами больных длина кожного разреза при МХЭ варьировала от 3 см до 5 см и в среднем равнялась 3,1 см.

ТХЭ достаточно хорошо отработана, максимально безопасна в плане возникновения интраоперационных осложнений, эффективна при всех формах ЖКБ и в наши дни остается единственным стандартом для сравнения эффективности других методов лечения ЖКБ. МХЭ и ЛХЭ не только не конкурируют, но в значительной степени дополняют друг друга: МХЭ можно использовать при возникновении технических сложностей во время ЛХЭ, что позволяет завершить операцию минимально инвазивным способом [19].

Переход к лапаротомии вследствие технических сложностей во время операции не считают осложнением [18]. В наших наблюдениях переход на традиционную лапаротомию операций, начатых из минидоступа, потребовался у 27 (5,4%) из 504 больных. Эти 27 больных включены во II группу, так как операция у них закончена из традиционного лапаротомного доступа. Поэтому основную группу составили 477 пациентов, у которых операция была начата и завершена из мини – доступа. Причиной конверсии доступа были: спаечный процесс

в брюшной полости (8), выраженный рубцовый процесс (8), невозможность дифференцирования элементов гепатодуоденальной связки (5), стриктура общего желчного протока (4), стеноз БСДК (1), анатомические особенности (высокое расположение) ЖП (1).

Применение малотравматичных методов лечения больных ЖКБ позволяет добиться оптимального результата при минимальной операционной травме. Изучив влияние минилапаротомного доступа на функцию внешнего дыхания и волевические параметры в ближайшем послеоперационном периоде А.М. Шулутоко и соавт. [20] констатировали минимальную травматичность операции. На сегодняшний день миниинвазивные операции являются операциями выбора для большинства больных ЖКБ, особенно для больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями.

Результаты ТХЭ в большей степени зависят от опыта и мануальных навыков хирурга и в меньшей – от технической оснащенности лечебного учреждения. Результаты миниинвазивных операций зависят не только от опыта хирурга, но в большей степени от оснащенности лечебного учреждения соответствующей аппаратурой. Отсутствие необходимых инструментов делает миниинвазивные операции невыполнимыми или чрезвычайно опасными для больного [19]. Минилапаротомия создает достаточно свободные условия для оперирования. Длина раны (3–5 см) мало ограничивает свободу дистанционного манипулирования инструментами в подпеченочном пространстве. Глубина доступа сравнительно невелика и в большинстве наблюдений не превышает 10 см. В зоне доступности при трансректальном доступе находятся нижняя поверхность правой доли печени, ЖП, элементы гепатодуоденальной связки, передняя поверхность нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Операционное пространство, имеющее вид усеченного конуса, по объему приближается к таковому при обычной широкой лапаротомии. Угол операционного действия варьирует от 20 до 80° [14].

При МХЭ длина разреза передней брюшной стенки варьирует от 3 до 5 см [2, 15, 20]. Если сложить протяженность всех разрезов при ЛХЭ, то суммарная длина составляет не менее 2,5 см. У ряда больных (от 30 до 50%) удаление наполненного крупными конкрементами ЖП с инфильтрированными стенками требует расширения отверстия в брюшной стенке до 3–4 см, то есть суммарная длина разрезов брюшной стенки при ЛХЭ может достигать 4,5–5,5 см [20]. Следовательно, боли после ЛХЭ будут распространяться по всей передней брюшной стенке, тогда как после МХЭ – только в области раны.

Длительность ТХЭ и МХЭ существенно не различается. В наших наблюдениях средняя продолжительность МХЭ составила 58,1 мин., ТХЭ – 70,4 мин.

У 102 больных I группы во время операции обнаружен выраженный спаечный или рубцово-спаечный процесс, у 21 – повышенная кровоточивость из ложа ЖП, у 10 – имелся фиксированный камень в шейке, у 2 больных

– расширенный общий желчный проток, у 1 больного – внутрипеченочное расположение ЖП.

В I группе помимо холецистэктомии у 3 больных выполнено дренирование общего желчного протока по Холстеду – Пиковскому, у 1 больного произведена холедохотомия и наложен супрадуоденальный холедохоанастомоз по Юрашу из минилапаротомного доступа длиной 5 см. До операции ЭРХПГ и ЭПСТ проведены у 7 больных. Интраоперационная холангиография проводилась в 3 наблюдениях.

Во II группе у 276 больных во время выполнения хирургического вмешательства отмечен выраженный спаечный или рубцово-спаечный процесс, у 184 больных имелся фиксированный камень в шейке ЖП, у 84 – повышенная кровоточивость из ложа ЖП, у 56 больных общий желчный проток был расширен, напряжен.

Во II группе помимо удаления ЖП у 118 больных выполнена холедохотомия, у 72 больных – дренирование общего желчного протока по Холстеду – Пиковскому, у 65 больных – холедохотомия и наложение супрадуоденального холедохоанастомоза по Юрашу, у 51 – холедохотомия, дренирование общего желчного протока по Керу. Перед ТХЭ проведено ЭРХПГ и ЭПСТ у 20 больных. Холангиография проводилась во время 86 операций.

Симультанные операции выполнены 46 больным: в I группе – 24 (МХЭ + грыжесечение – у 20, МХЭ + флебэктомия – у 2, МХЭ + иссечение анальной трещины – у 1, МХЭ + удаление яичника – у 1), во II группе – 22 (ТХЭ + грыжесечение – у 14, ТХЭ + спленэктомия у 1, ТХЭ + удаление липомы – у 1, ТХЭ + тубэктомия справа – у 1, ТХЭ + нефрэктомия – у 1, ТХЭ + удаление лейомиомы передней стенки желудка – у 1, ТХЭ + миомэктомия у 1, ТХЭ + ушивание пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки – у 1, ТХЭ + резекция холецистоэнтероанастомоза и межкишечного анастомоза с наложением энтеро – энтероанастомоза – у 1).

Интраоперационные осложнения возникли у 6 (1,2%) больных основной группы: повреждение участка печени (3), десерозирование участка толстой кишки (1), кровотечение из пузырной артерии (1), травма брыжейки и тонкой кишки (1).

Во II группе интраоперационные осложнения возникли у 15 (2,5%) больных: травма печени (4), кровотечение из пузырной артерии (3), десерозирование участка кишки (4), ранение правого печеночного протока (2), ранение воротной вены (1), повреждение селезенки (1).

Послеоперационные осложнения имели место у 27 (5,6%) больных I группы: гематома раны – 10, серома раны – 11, гематома подпеченочного пространства – 2 (сделаны успешные релапаротомии), гематома ложа желчного пузыря – 1, перитонит – 1, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, ТЭЛА – 1. Летальность после МХЭ составила 0,2% (умер 1 больной от ТЭЛА).

Во II группе послеоперационные осложнения возникли у 90 (14,9%) больных: гематома раны – 12, серома

раны – 8, острая сердечно – сосудистая недостаточность – 7, перитонит – 7, пневмония – 7, нагноение раны – 5, желудочно-кишечное кровотечение – 5, эвентрация – 5, ТЭЛА – 6, подпеченочные абсцессы – 4, нарушения ритма сердца – 4, острый панкреатит – 2, желчный свищ – 2, обострение бронхита – 2, диастаз краев верхней трети раны – 1, внутрибрюшное кровотечение – 1, гипертонический криз – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1, острая печеночная недостаточность – 1, прочие – 9. В контрольной группе умерло 28 больных, летальность после ТХЭ составила 4,6%. Причины летальных исходов: острая сердечно – сосудистая недостаточность – 7, перитонит – 6, ТЭЛА – 6, пневмония – 5, желудочно-кишечное кровотечение – 2, прочие – 2 (кровотокающий полип матки, амилоидоз почек).

Выводы

Таким образом, больные старших возрастных групп острым и хроническим калькулезным холециститом с заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы значительно легче переносят холецистэктомию из минилапаротомного доступа, после нее гораздо реже возникают осложнения (5,6%) и летальные исходы (0,2%). По нашим данным она позволяет излечить около половины (44,2%) больных в возрасте старше 60 лет с заболеваниями сердечно – сосудистой системы.

Больные ЖКБ с сопутствующими заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы нуждаются в интенсивной комплексной терапии в пред- и послеоперационном периодах. Тактика лечения данной категории больных должна приниматься коллегиально хирургом, терапевтом (кардиологом) и анестезиологом.

Холецистэктомию из минидоступа может и должна занимать достойное место среди различных вариантов хирургического лечения ЖКБ, особенно у больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями органов сердечно – сосудистой системы.

Литература

1. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мини – инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27–30.
2. Богдасаров Ю.В. Возможности малоинвазивных методов в хирургическом лечении острого холецистита, осложненного перитонитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – Уфа, 1999. – 22 с.
3. Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром – миф или реальность // Хирургия. – 2005. – №3. – С. 59–64.
4. Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.П. Холецистэктомию из мини – доступа у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 15–18.
5. Гарипов Р.М. Оптимизация новых технологий малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: автореф. дис. ... д-р мед. наук: 14.00.27. – Уфа, 1997. – 45 с.
6. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуток, М.И. Прудков; ГЭОТАР-МЕДИА. М., 2009. – 175 с.
7. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 68–74.
8. Ибраимов Д.С., Ниязбеков К.И. Холецистэктомию из мини – доступа в лечении желчнокаменной болезни // Хирургия Кыргызстана. – 2007. – № 2. – С. 102–104.

9. Ломидзе О.В. Клинико – экономический анализ эффективности различных способов операции холецистэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – М., 2005. – 26 с.
10. Мовчун В.А. Минилапаротомия в хирургическом лечении желчно-каменной болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – М., 1999. – 30 с.
11. Опыт лапароскопической холецистэктомии при калькулезном холецистите / А.Д. Мясников, А.И. Бежин, А.А. Бондарев и др. // Хирургия. – 2000. – № 2. – С. 24–27.
12. Хирургические болезни / Под ред. Академика АМН СССР М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1987. – 704 с.
13. 2000 болезней от А до Я / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2003. – 1344 с.
14. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 32–35.
15. Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шулуток А.М. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита // Эндоскопическая хирургия. – 1996. – № 2. – С. 12–16.
16. Влияние операции холецистэктомии на моторику органов желудочно-кишечного тракта / В.С. Савельев, М.С. Магомедов, В.И. Ревякин и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №3. – С. 32–38.
17. Сочетанные операции из минидоступа у больных мультифокальным атеросклерозом и желчнокаменной болезнью / Ф.Ф. Хамитов, Н.В. Верткина, А.Н. Гудков и др. // Хирургия. – 2006. – №9. – С. 25–30.
18. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста / А.М. Хожибаяев, Ш.К. Атаджанов, Б.Б. Хакимов, М.А. Хошимов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – Т. 166; – № 3. – С. 67–69.
19. Шевченко Ю.Л. Избранные главы // Щадящая хирургия. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2005. – С. 23–43.
20. Минилапаротомия при хирургическом лечении калькулезного холецистита / А.М. Шулуток, А.И. Данилов, З.С. Маркова, Л.В. Корнев // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 36–37.
21. Rozsos I., Rozsos T. Micro – and modern minilaparotomy cholecystectomy // Acta Chir Hung. – 1994. – № 34. – С. 11–16.
22. Rozsos I., Rozsos T. The applicability of micro – and minilaparotomy in the management of obstructive cholecystitis // Acta Chir Hung. – 1994. – № 34. – С. 95–101.

Контактная информация

Рамазанова Альфия Рафиковна
 Российский университет дружбы народов
 1117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 6
 Тел.: +7 (926) 141-10-70
 e-mail: alfiyarr@mail.ru