

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.366-003.7-053.9-089.168

Н.И.Глушков, А.В.Скородумов, А.В.Гурина

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИЛАПАТОМНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава на базе СПбГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (нач. — Е.М.Агеенко), Санкт-Петербург

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, пожилой и старческий возраст.

Введение. До 29% населения европейских стран страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ), причем частота этого заболевания с возрастом прогрессивно возрастает. До 25% населения старше 60 и около 33% населения старше 70 лет имеет желчные камни [2, 7]. Основным методом лечения холецистохоледохолитиаза на сегодняшний день остается хирургическое вмешательство. Для больных пожилого и старческого возраста традиционная холецистэктомия из лапаротомного доступа является травматичной и сопровождается большим числом осложнений и высокой послеоперационной летальностью, которая достигает 10–15% [2, 8]. Поэтому в настоящее время все большее распространение получают малоинвазивные методы лечения [1, 3, 6, 11]. Эндовидеохирургические операции требуют наложения пневмoperitoneума, что способствует развитию осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы и нередко ограничивает их применение у данной категории больных.

Минилапаротомные операции — оптимальный вариант лапароскопической методики без инсуффляции газа в брюшную полость. Значение пневмoperitoneума как фактора агрессии подтверждено многими клиническими и лабораторными исследованиями [4, 5, 9, 10, 12]. Избегая отрицательного влияния на оперируемого больного пневмoperitoneума с его недостатками (тромботическими осложнениями, угнетением функции диафрагмы, отрицательным влиянием адсорбируемой углекислоты и т.д.), при использовании мини-доступа удается значительно

расширить показания к хирургическому лечению желчнокаменной болезни. При этом сама техника выполнения операции близка к традиционным лапаротомным вмешательствам.

Цель настоящей работы — анализ результатов хирургического лечения ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста из минилапаротомного доступа.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 79 пациентов, оперированных по поводу ЖКБ и ее осложнений из минилапаротомного доступа.

Возраст больных составил от 60 до 89 лет, средний возраст — 72,8 года (среднеквадратическое отклонение=7,17). Из них было 63 (79,7%) женщины, 16 (20,3%) — мужчин.

Показаниями к выполнению операций из минилапаротомного доступа послужили различные формы ЖКБ; у 51 (67,1%) больного — хронический калькулезный холецистит (в том числе у 8 в стадии обострения), у 25 (32,9%) — острый холецистит, из них катаральный холецистит выявлен у 2 (8%), флегмонозный — у 17 (68%), гангренозный — у 6 (24%). У 20 (25,3%) больных был выявлен холедохолитиаз, в том числе у 3 — резидуальный.

В данной группе пациентов отмечены следующие осложнения ЖКБ: холангит — у 17 (21,5%), механическая желтуха — у 13 (16,4%). В 16 (20,2%) случаях наблюдалось формирование перивезикального инфильтрата, в том числе у 5 (31,2%) больных — рыхлый, у 10 (62,5%) — плотный и у 1 (0,63%) — абсцедирующий. У 3 (3,8%) больных выявлен местный перитонит.

По экстренным показаниям минилапаротомные вмешательства были выполнены у 22,9% больных, традиционные — у 29,5%. Соответственно этим пациентам проводили минимальный объем предоперационной подготовки, что, в свою очередь, сказалось на показателях послеоперационных осложнений и легальности.

Всего выполнено 59 (74,7%) холецистэктомий (ХЭ), 3 (3,8%) — холедохолитотомий (ХЛТ), 17 (21,5%) — сочетанных операций [холецистэктомия+холедохолитотомия (ХЭ+ХЛТ)].

У 27 (34,2%) больных оперативное вмешательство завершалось дренированием общего желчного протока. Интраоперационную ревизию желчевыводящих путей инструментальными методами проводили у 50 (63,3%) больных: у 38 — использовано интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ), у 9 — интраоперационная фибролангиоскопия (ИОФХС), у 7 — интраоперационная холангография (ИОХГ), у 4 — использовали сочетание методов: у 2 — ИОУЗИ+ИОФХС, у 2 — ИОХГ+ИОФХС.

Контрольную группу составили 204 больных, оперированных из лапаротомного доступа. Возраст больных — от 61 до 97 лет, средний возраст — 78,38 лет (SD=5,77). Из 204 больных 116 (57%) больных составили женщины, 88 (43%) — мужчины.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов, оперированных из мини-доступа, встречалась сопутствующая патология различной степени тяжести, а именно: у 100% из них имелись заболевания сердечно-сосудистой системы, у 31,6% — заболевания органов дыхания, у 72,2% — эндокринная патология и нарушения обмена веществ (табл. 1).

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у оперированных больных

Заболевания	Количество больных	
	Абс. число	%
Стабильная стенокардия напряжения	32	40,5
Атеросклеротический кардиосклероз	79	100
Постинфарктный кардиосклероз	13	16,5
Нарушение ритма и проводимости сердца	8	10,1
Гипертоническая болезнь	70	88,6
Хронический бронхит	25	31,6
Дыхательная недостаточность	27	34,2
Эндокринная патология и нарушения обмена веществ	52	78,5
Эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки	20	25,4
Хронический пиелонефрит	21	26,6
Доброкачественная гиперплазия поджелудочной железы	16	20,2
Мочекаменная болезнь	5	6,3
Кисты почек	4	5,1
Всего больных		8 (10,9)
		60 (24,4)

типерстной кишки (ДПК) (у 1), формирования коагуляционного некроза стенки кишки (у 1) из-за нарушения анатомических взаимоотношений при наличии рубцово-спаечного процесса.

В группе больных, оперированных путем мини-лапаротомии, послеоперационные осложнения имелись у 8 (табл. 2).

Таблица 2

Послеоперационные осложнения операций из мини-доступа (МО) по сравнению с традиционными (ТО)

Осложнение	МО	ТО
ОИМ	—	4 (2)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность (с развитием отека легких)	—	2 (1)
Тромбоз мезентериальных сосудов	—	1 (0,5)
Пневмония	1 (1,4)	22 (10,7)
ТЭЛА	—	4 (2)
Очаговые скопления жидкости в подпеченочном пространстве	—	5 (2,5)
Дуоденальный свищ	—	1 (0,5)
Коагуляционный некроз ДПК	1 (1,4)	—
Структура желчных протоков	—	8 (4)
Резидуальный холедохолитиаз	—	4 (2)
Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе с перфорацией	1 (1,4)	5 (2,5)
Нагноение послеоперационной раны	1 (1,4)	7 (3,5)
Острый панкреатит с развитием панкреонекроза	4 (5,6)	7 (3,5)
Тромбофлебит поверхностных и(или) глубоких вен нижних конечностей	0 (0,0)	1 (0,5)
Всего больных	8 (10,9)	60 (24,4)

Примечание. Здесь и в табл. 3: в скобках — %.

Отметим, что после минилапаротомных операций значительно реже встречались как послеоперационные осложнения в целом (10,9% по сравнению с 29,4% после традиционных лапаротомных вмешательств соответственно), так и отдельные их формы, такие как пневмония (1,4 и 10,7% соответственно) или нагноение послеоперационной раны (1,4 и 3,5% соответственно). Более того, острый инфаркт миокарда или ТЭЛА не были отмечены вовсе. Это свидетельствует о наличии преимуществ минилапаротомных операций по сравнению с традиционными лапаротомными. Однако возможность развития и опасность осложнений у больных группы высоко-

У 6 (7,6%) больных операция завершилась конверсией на лапаротомию, что связано с анатомическими особенностями и техническими трудностями (рубцово-спаечный процесс — у 2, формирование плотного инфильтрата — у 2, особенности анатомических взаимоотношений — у 1, подозрение на рак желчного пузыря — у 1). Релапаротомии произведены у 2 (1,8%) пациентов и связаны с перфорацией острой язвы двенадца-

го операционного и анестезиологического риска настоятельно требуют взвешенного, осторожного подхода к установлению показаний к этой операции.

Данные о причинах летальности представлены в табл. 3.

Таблица 3

Летальность после операций из мини-доступа по сравнению с традиционными

Причина смерти	Вид операции	
	МО	ТО
Спонтанный разрыв селезенки (кровотечение в брюшную полость)	1 (1,4)	0
ТЭЛА	0	2 (8)
Тромбоз мезентериальных сосудов	0	1 (4)
ОИМ	0	2 (8)
Пневмония	0	9 (36)
Сепсис	0	2 (8)
Сердечно-сосудистая и сердечно-легочная недостаточность	0	6 (24)
Острый билиарный панкреатит,	0	3 (12)
в том числе панкреонекроз	0	2 (8)
Всего	1 (1,4)	25 (11,8)

Причиной единственного летального исхода после операций из мини-доступа послужил спонтанный разрыв селезенки с кровотечением в брюшную полость у пожилой больной с генерализованным атеросклерозом, оперированной по поводу холецистохоледохолитиаза с нарастающей механической желтухой.

Продолжительность операций из мини-доступа колебалась от 40 до 215 мин (в среднем 108 мин).

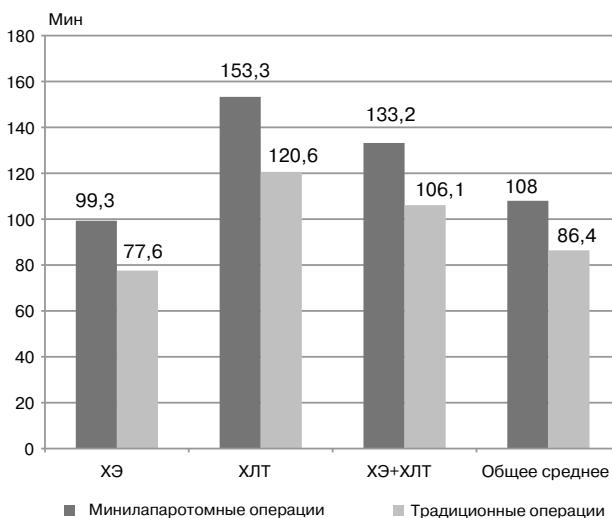


Рис. 1. Длительность минилапаротомных операций по сравнению с традиционными.

Традиционные лапаротомные операции продолжались в среднем 86,4 мин (рис. 1).

При сравнении длительности операции с традиционными вмешательствами отмечается некоторое увеличение продолжительности операций из мини-доступа, поскольку в условиях небольшого разреза визуальная ориентировка в анатомических структурах несколько затрудняется, соответственно время, которое требуется для ревизии операционного поля, несколько увеличивается. Однако соблюдение правила «30 минут» (максимальное время, в течение которого хирург должен принять решение о возможности выполнения малоинвазивной операции) не позволяет неоправданно удлинять продолжительность операции в этой группе пациентов.

Продолжительность пребывания в стационаре в данной группе больных составила в среднем 16,64 дня ($SD=8,2$ дня), продолжительность послеоперационного койко-дня — 11,8 дня ($SD=5,9$ дня). После традиционных операций пациенты находились в стационаре в среднем 20,12 дней (рис. 2).

Следует обратить внимание на достаточно значительное снижение послеоперационного койко-дня в целом после минилапаротомных операций, что указывает на благоприятное течение послеоперационного периода и подтверждается показателями послеоперационных осложнений и летальности. Послеоперационный период у данной группы больных протекал более благоприятно: пареза кишечника не наблюдали, болевой синдром в раннем послеоперационном периоде не потребовал применения наркотических анальгетиков; отмечали быстрое восстановление функции внешнего дыхания, активизацию больных производили

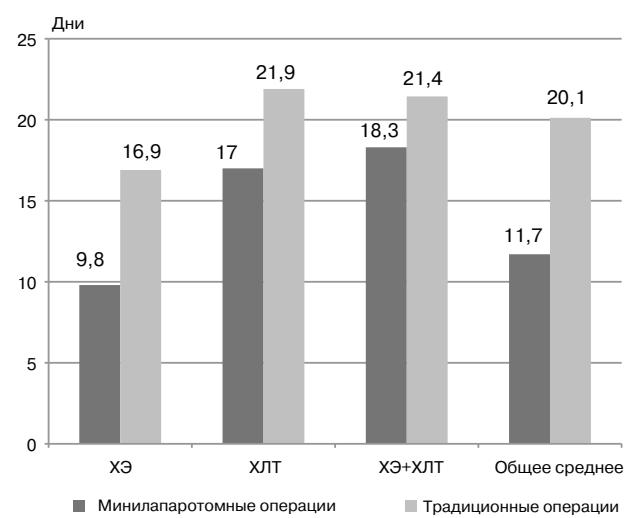


Рис. 2. Сроки пребывания больных в стационаре после минилапаротомных операций по сравнению с традиционными.

в 1-е сутки после операции. 91,4% больных выписаны в сроки 4–9 сут после операции (пациентам, выписанным из стационара до момента снятия швов, эту процедуру производили амбулаторно).

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности оперативные вмешательства из мини-доступа могут быть методом выбора в лечении желчнокаменной болезни. При этом число послеоперационных осложнений уменьшается с 29,4 до 10,9%, послеоперационная летальность — с 11,8 до 1,4%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Брискин Б.С., Ломидзе О.В., Абиди М.Х., Гудков А.Н. Клинико-экономические преимущества операции холецистэктомии из минидоступа у пожилых пациентов с острым калькулезным холециститом // 3-й хирургический конгресс: Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». —М., 2008.—С. 78.
- Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчекаменная болезнь.—М.: Издательский дом «Видар-М», 2000.—144 с.
- Добровольский С.Р., Богопольский П.М., Иванов М.П. и др. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа (учебно-методическое пособие).—М.: Изд-во РУДН, 2005.—43 с.
- Левите Е.М., Феденко В.В., Константинов В.В. и др. Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии // Эндоскоп. хир.—1995.—№ 1.—С. 48–54.
- Лобанов С.А., Разманихин Е.В. Показатели перекисного окисления липидов и легочной вентиляции после лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующей патологией // Эндоскоп. хир.—2004.—№ 3.—С. 26–29.
- Рутенбург Г.М., Румянцев И.П., Протасов А.В. и др. Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза // Эндоскоп. хир.—2008.—№ 1.—С. 3–8.
- Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А. Показания к вмешательствам из минилапаротомного доступа при желчекаменной болезни // Анн. хир.—1996.—№ 2.—С. 43–47.
- Шулутко А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчекаменной болезни // Анн. хир. гепатол.—1996.—№ 1.—С. 132–135.
- Badlekos G.D., Machaelides S.A., Roussou T., Charalabopoulos K.A. Changes in breathing control and mechanics after laparoscopic vs. open cholecystectomy // Arch. Surg.—2006.—Vol. 141.—P. 16–22.
- Harju J., Juvonen P., Eskalinen M. et al. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.—2006.—Vol. 3, № 12.—P. 662–663.
- Keus F., Werner J.E.M., Goossen H.G. et al. Randomized clinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis primary and clinical outcomes // Arch. Surg.—2008.—Vol. 1434.—P. 371–377.
- Mabry C.D. Randomized clinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis: primary and clinical outcomes — Invited Critique // Arch. Surg.—2008.—Vol. 143, № 4.—P. 377–378.

Поступила в редакцию 04.02.2009 г.

N.I.Glushkov, A.V.Skorodumov, A.V.Gurina

RESULTS OF MINILAPAROTOMIES IN TREATMENT OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

The authors have analyzed results of surgical treatment of 79 patients with cholelithiasis using a mini-access. The method can be widely used in patients with high operative risk. It is minimally traumatic, has less lethality and a fewer number of early and late postoperative complications. It also considerably decreases stay of the patients at the hospital.