

УДК: 616.366-089.87

М.М. Винокуров, А.П. Петров, М.А. Петров, Т.В. Ялынская

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Проведен анализ результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. Кроме лабораторных методов исследования проведены УЗИ гепатобилиарной зоны и органов брюшной полости, ЭРХПГ. Сроки предоперационной подготовки и оперативного лечения зависели от формы острого холецистита и категории тяжести физиологического состояния больных. При деструктивной форме острого холецистита у пациентов с IV категорией тяжести на первом этапе необходимо выполнение чрескожной микрохолецистостомии под УЗИ-контролем. С помощью микрохолецистостомии создаются условия не только для снятия желчной гипертензии в желчном пузыре, но и холестаза. В лечебной тактике предпочтение отдавалось малоинвазивным методам хирургического лечения. Благодаря применению усовершенствованной лечебной тактики, наблюдалось снижение количества послеоперационных осложнений до 14,4 % и уровня послеоперационной летальности до 7,8 %.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, микрохолецистостомия, ЭРХПГ, литоэкстракция, лапароскопия, холецистэктомия.

М.М. Vinokurov, A.P. Petrov, M.A. Petrov, T.V. Yalynskaya

Improved results of surgical treatment of elderly aged patients with acute cholecystitis complicated by obstructive jaundice

The article analyzed the results of the treatment of elderly aged people with acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis and obstructive jaundice. In addition to laboratory studies there was conducted an ultrasound of hepatobiliary area and abdominal cavity, ERCP. Timing of preoperative preparation and surgical treatment depended on the form of acute cholecystitis and categories of the physiological state of patients. If a patient has the destructive form of acute cholecystitis of the IV category of severity it is necessary to is to perform percutaneous mikroholetsistostomiya under ultrasound control at the first phase. Conditions not only for the removal of bile

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии МИ СВФУ им. М.К. Аммосова. Тел.: 8-924-869-94-57. E-mail: mmv_mi@rambler.ru.

VINOKUROV Mikhail Mikhailovich – Dr. Sci. Medicine, professor, head of Faculty surgery department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: 8-924-869-94-57. E-mail: mmv_mi@rambler.ru.

ПЕТРОВ Александр Петрович – к.м.н., ст. преподаватель кафедры факультетской хирургии МИ СВФУ им. М.К. Аммосова. Тел.: 8-964-420-81-65. E-mail: appetrof73@rambler.ru.

PETROV Alexandr Petrovich – Cand. Sci. Medicine, senior lecturer of Faculty surgery department of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: 8-964-420-81-65. E-mail: appetrof73@rambler.ru.

ПЕТРОВ Михаил Андреевич – аспирант очной формы обучения МИ СВФУ им. М.К. Аммосова. Тел.: 8-924-877-84-54. E-mail: michailwork@mail.ru.

PETROV Mikhail Andreevich – postgraduate of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: 8-924-877-84-54. E-mail: michailwork@mail.ru.

ЯЛЫНСКАЯ Татьяна Вадимовна – студентка 6 курса ЛД МИ СВФУ им. М.К. Аммосова. Тел.: 8-914-303-39-99. E-mail: barbuzyaka@mail.ru.

YALYNSKAYA Tatyana Vadimovna – student of the 6th grade of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Phone: 8-914-303-39-99. E-mail: barbuzyaka@mail.ru.

in the gallbladder hypertension but cholestasis are created with the help of mikroholetsistostomiya. In treatment policy the preference is given for minimally invasive surgery. Thanks to the use of advanced medical tactics there was a decrease of postoperative complications up to 14.4% and lowering of lethality to 7.8%.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, obstructive jaundice, mikroholetsistostomiya, ERCP, lithoextraction, laparosopiya, cholecystectomy.

Актуальность. В последние годы, несмотря на достигнутые успехи в лечении осложненных форм острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста сохраняется высокий процент осложнений и послеоперационной летальности [3, 4]. Большинство больных пожилого и старческого возраста соматически отягощены различными сопутствующими заболеваниями и, как правило, в ургентной хирургии представляют группу больных с высоким операционным риском [6, 11]. В связи с этим разработка вопросов оптимальной хирургической лечебной тактики для данной категории больных приобретает важное практическое значение [2, 9, 12].

Улучшение результатов хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста должно исходить из комплексного подхода к хирургической тактике лечения [5, 8]. Последняя должна определять срочность, последовательность, объем лечебно-диагностических мероприятий, а также выполнение эндоскопических и миниинвазивных методов операций с учетом тяжести физиологического состояния [1, 7, 10].

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 76 (100 %) больных пожилого и старческого возраста (согласно критериям ВОЗ) с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, находившихся на лечении в хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи за период с 2004 по 2010 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и категориям тяжести

Возраст, лет	Всего больных n (M±m %)	В том числе: категория тяжести состояния n (M±m %)			
		I	II	III	IV
60-69	55(72,4±5,1)	12(92,3±7,3)	29(85,3±6,0)*	10(50,0±11,2)	4(44,4±16,5)
70-79	15(19,8±4,5)	-	1(2,9±2,8)	9(45,0±11,1)	5(55,6±16,5)
80 и старше	6(7,8±2,7)	1(7,7±2,7)	4(11,8±5,5)*	1(5,0±4,8)*	-
Всего	76(100,0)	13(100,0)	34(100,0)	20(100,0)	9(100,0)

* - Различия статистически значимы по сравнению с I категорией тяжести (p<0,05)

Среди исследованных пациентов подавляющее большинство составили женщины – 47 (61,1 %), мужчин было 29 (38,9 %).

Сопутствующие заболевания выявлены у большинства пациентов пожилого и старческого возраста. Наиболее часто встречалась патология со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем. Длительность механической желтухи у больных варьировала от 2 до 15 дней, причем с III и IV категорией тяжести состояния составили больные с длительностью механической желтухи от 7-14 суток и более 14 суток.

По клиническим данным и результатам ультразвукового исследования, выявлены морфологические формы острого холецистита: катаральная форма – 30 (39,4 %); деструктивная – 46 (60,6 %) (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение больных по морфологической форме воспаления
желчного пузыря и категориям тяжести**

Форма воспаления желчного пузыря	Всего больных n (M±m %)	В том числе: категория тяжести состояния n (M±m %)			
		I	II	III	IV
Катаральная	30(39,4±5,6)	9(69,2±12,8)	16(47,0±8,5)	3(15,0±7,9)	2(22,2±13,8)
Флегмонозно-ган- гренозная	46(60,6±5,6)	4(30,8±12,8)	18(53,0±8,5)	17(85±7,9)	7(77,8±13,8)
Итого	76(100,0)	13(100,0)	34(100,0)	20(100,0)	9(100,0)

Усовершенствованная лечебно-диагностическая тактика базировалась на усовершенствованной карте оценки тяжести состояния для больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой. Это позволило провести оптимальный объем малоинвазивных хирургических операций на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках (ЭРХПГ, ЭПСТ с литоэкстракцией, микрохолецистостомия под контролем УЗИ, ЛХЭ, холецистэктомия из минидоступа) в зависимости от формы острого холецистита и категории тяжести состояния. Таким образом, эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) выполнена у 35 (46 %) больных пожилого и старческого возраста, из которых у 13 (37,1 %) пациентов выявлен множественный холедохолитиаз.

Результаты и обсуждение. Оперативные вмешательства при катаральной форме острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, у 30 больных пожилого и старческого возраста носили этапный характер. Переход на широкую лапаротомию произведен из-за воспалительной инфильтрации тканей и технических трудностей у трех пациентов. Послеоперационные осложнения имели место у 4 больных. Летальный исход случился у 1 больного с IV категорией тяжести в послеоперационном периоде из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности.

Среди больных пожилого и старческого возраста наблюдались наименьшее количество больных с I категорией тяжести и деструктивной формой острого холецистита (4 больных). Преобладающее большинство составили 42 (91,4 %) пациента со II, III, IV категориями тяжести. У 22 больных с I и II категориями тяжести после 6-12-часовой предоперационной подготовки выполняли одномоментную коррекцию холецистохоледохолитиаза из минидоступа. В этой группе больных было минимальное количество послеоперационных осложнений. Летальных исходов не наблюдалось. При III категории тяжести 17 больным на фоне интенсивной терапии выполнена микрохолецистостомия под контролем УЗИ с целью снятия желчной гипертензии. После эндоскопической коррекции холедохолитиаза через 24-48 часов им проведена холецистэктомия из минидоступа. Конверсия на широкую лапаротомию произошла в 2 случаях. В послеоперационном периоде в этой группе умер один пациент из-за острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Больных с IV категорией тяжести состояния наблюдалось 7. Ввиду крайне тяжелого состояния в данной группе больных была выполнена микрохолецистостомия с последующей эндоскопической коррекцией холедохолитиаза. После данной тактики лечения летальные исходы наблюдались в 4 случаях.

Переходя к анализу послеоперационных осложнений и летальности, необходимо отметить, что они были спрогнозированы. Из 76 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, послеоперационные осложнения развились у 11 (14,4 %) пациентов: нагноение послеоперационной раны у 1 больного; гематома ложа желчного пузыря – у 1; гипостатическая пневмония – у 2; острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 3; печеночно-почечная недостаточность – у 3; острый панкреатит, отечная форма – у 1. В послеоперационном периоде летальный исход отмечен у 6 (7,8 %)

больных и был связан с выраженным эндотоксикозом на фоне воспалительной интоксикации и холемии, приведший к сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, больные пожилого и старческого возраста составляют особую группу, требующую особого диагностического и лечебного подхода. При этом целесообразнее выполнение этапности лечения для снятия желчной гипертензии и билирубинемии с применением малоинвазивных хирургических вмешательств. При деструктивной форме острого холецистита у пациентов с IV категорией тяжести на первом этапе необходимо выполнение чрескожной микрохолецистостомии под УЗИ-контролем. С помощью микрохолецистостомии создаются условия не только для снятия желчной гипертензии в желчном пузыре, но и холестаза.

Литература

1. Алтыев, Б.К. Эндоскопическое лечение механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста / Б.К. Алтыев, Ф.Б. Алиджанов, А.М. Хожибаев и др. // 14-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. РНЦХ им. Б.В. Петровского; РАМН. Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия» РАМН. – М., 2010. – С. 8-9.
2. Бухарин, А.Н. Результаты использования эндовидеохирургических технологий в лечении механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста / А. Н. Бухарин, А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков и др. // 14-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. РНЦХ им. Б.В. Петровского; РАМН. Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия» РАМН. – М., 2010. – С. 51-52.
3. Бысторов, С.А. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском / С.А. Бысторов, Б.Н. Жуков, В.О. Бизярин // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 55.
4. Варанов, Г.А. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г.А. Варанов, Е.А. Решетников, Б.В. Харламов // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27-30.
5. Винокуров, М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров // Новосибирск: Наука, 2002. – 67 с.
6. Жуков, Б.Н. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни у пожилых / Б.Н. Жуков, С.А. Быстрое, В.О. Бизярин // Самарский медицинский журнал. – 2008. – № 11. – С. 28.
7. Каримов, Ш.И. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском / С.П. Боровский, М.Ш. Хакимов и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 15. – № 1. – С. 53-56.
8. Павлов, И.А. Оптимизация лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / И.А. Павлов. – Якутск, 2002. – 23 с.
9. Ташкинов, Н.В. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у пациентов пожилого и старческого возраста / Н.В. Ташкинов, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 44-46.
10. Chang, W.H. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in elderly patients / W.H. Chang, W.Y. Lei // Int J Gerontol. 2007; 1: 83-88.
11. Koivusalo, A.M. Laparoscopic cholecystectomy with carbon dioxide pneumoperitoneum is safe even for high-risk patients. / A.M. Koivusalo, P. Pere, M. Valjus et al. // Surg. Endosc. 2008; 22(1): 61-67.
12. Kwon, A.H. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over. / A.H. Kwon, Y. Matsui // World J Surg. 2006; 30.

References

1. Altyev, B.K. Jendoskopicheskoe lechenie mehanicheskoy zheltuhi u bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta / B.K. Altyev, F.B. Alidzhanov, A.M. Hozhibaeв и др. // 14-j Moskovskij mezhdunarodnyj kongress po jendoskopicheskoy hirurgii. RNCH im. B.V. Petrovskogo; RAMN. Problemnaja komissija «Jendoskopicheskaja hirurgija» RAMN. – M., 2010. – S. 8-9.

2. Buharin, A.N. Rezul'taty ispol'zovaniya jendovideohirurgicheskikh tehnologij v lechenii mehanicheskoj zheltuhi u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta / A.N. Buharin, A.D. Timoshin, A.L. Shestakov i dr. // 14-j Moskovskij mezhdunarodnyj kongress po jendoskopicheskoj hirurgii. RNCH im. B.V. Petrovskogo; RAMN. Problemnaja komissija «Jendoskopicheskaja hirurgija» RAMN. – M., 2010. – S. 51-52.
3. Bystorov, S.A. Miniinvazivnye operacii v lechenii zhelchnokamennoj bolezni u pacientov s povyshennym operacionnym riskom / S.A. Bystorov, B.N. Zhukov, V.O. Bizjarin // Hirurgija. – 2010. – № 7. – S. 55.
4. Varanov, G.A. Miniinvazivnye sposoby holecistektomii u bol'nyh starshih vozrastnyh grupp pri ostrom holecistite / G.A. Varanov, E.A. Reshetnikov, B.V. Harlamov // Hirurgija. – 2008. – № 6. – S. 27-30.
5. Vinokurov, M.M. Ostryj holecistit: puti uluchsheniya rezul'tatov hirurgicheskogo lechenija / M.M. Vinokurov // Novosibirsk: Nauka, 2002. – 67 s.
6. Zhukov, B.N. Minilaparotomnyj dostup v hirurgicheskom lechenii zhelchnokamennoj bolezni u pozhilyh / B.N. Zhukov, S.A. Bystroe, V.O. Bizjarin // Samarskij medicinskij zhurnal. – 2008. – № 11. – S. 28.
7. Karimov, Sh.I. Chreskozhnaja chrespechenochnaja holecistostomija v lechenii ostrogo holecistita u bol'nyh s vysokim operacionnym riskom / S.P. Borovskij, M.Sh. Hakimov i dr. // Annaly hirurgicheskoi gepatologii. – 2009. – T. 15. – № 1. – S. 53-56.
8. Pavlov, I.A. Optimizacija lechebnoj taktiki pri ostrom holecistite u bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta: avtoref. dis. ... kand. med. nauk: 14.00.27 / I.A. Pavlov. – Jakutsk, 2002. – 23 s.
9. Tashkinov, N.V. Puti optimizacii lechenija ostrogo holecistita, oslozhnennogo holedoholitiiazom, u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta / N.V. Tashkinov, E.V. Nikolaev, N.I. Bojarincev i dr. // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. – 2009. – № 1. – S. 44-46.
10. Chang, W.H. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in elderly patients / W.H. Chang, W.Y. Lei // Int J Gerontol. 2007; 1: 83-88.
11. Koivusalo, A.M. Laparoscopic cholecystectomy with carbon dioxide pneumoperitoneum is safe even for high-risk patients. / A.M. Koivusalo, P. Pere, M. Valjus et al. // Surg Endosc. 2008; 22(1): 61-67.
12. Kwon, A.H. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over. / A.H. Kwon, Y. Matsui // World J Surg. 2006; 30.