

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПРОТЕКАЮЩИМ НА ФОНЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.А. ГАМИДОВА

Научно-хирургический центр имени акад. М.А. Топчубашева, Баку, Азербайджан

Проведен проспективный анализ данных 50 пациентов в возрасте от 60 до 90 лет, которые были госпитализированы в Научно-хирургический центр имени М.А. Топчубашева с 2015 по 2018 годы. В исследование были включены пациенты, перенесшие операцию при остром калькулезном холецистите на фоне диабета, ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний. Все пациенты прошли УЗИ, 60% пациентов прошли КТ, а 36% – МРТ. 36 (72%) пациентов перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), 14 (28%) пациентов перенесли открытую холецистэктомию. Открытые операции были разделены на 2 группы. По традиционному широкому доступу ХЭ была выполнена у 10 (20%) пациентов, открытый мини-доступ – у 4 (8%) пациентов. Представлен алгоритм диагностики и хирургического лечения больных с острым деструктивным калькулезным холециститом. В целях безопасной холецистэктомии для предотвращения ятрогенных поражений рекомендуется техника субтотальной холецистэктомии «снизу». Ятрогенное повреждение общего желчного протока не было зафиксировано.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, открытая холецистэктомия, холецистэктомия мини-доступом, антеградная холецистэктомия, субтотальная холецистэктомия.

AN ALGORITHM FOR THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH COMORBIDITIES

N.A. HAMIDOVA

Surgery Research Centre named after acad. M.A. Topchubashov, Baku, Azerbaijan

The results of a prospective analysis of the data of 50 patients aged 60 to 90 years who were treated in Surgery Research Centre named after M.A. Topchubashov from 2015 to 2018. The study included patients who underwent surgery for acute calculous cholecystitis in patients with diabetes mellitus, obesity and cardiovascular disease. All patients underwent ultrasound, 60% of patients underwent CT and 36% underwent MRT. 36 patients (72%) underwent laparoscopic cholecystectomy (LCE), 14 patients (28%) underwent open cholecystectomy. Open surgeries were divided into 2 groups. In 10 patients (20%) traditional wide access, in 4 patients (8%) open mini-access CE was performed. An algorithm for the diagnosis and surgical treatment of patients with acute destructive calculous cholecystitis is presented. For the purpose of safe cholecystectomy, to prevent iatrogenic injuries, the «bottom» technique of subtotal cholecystectomy is recommended. Iatrogenic the common bile duct injuries was not recorded.

Key words: *acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy, mini access cholecystectomy, antegrade cholecystectomy, subtotal cholecystectomy.*

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость острым калькулезным холециститом (ОКХ) среди лиц пожилого и старческого возраста неуклонно растет, при этом наблюдается увеличение частоты его осложненных форм (60–68%). Если средняя летальность пациентов с ОКХ составляет 0,5–2%, то для пациентов старше 60 лет этот показатель значительно выше – 8–20%, а у больных старше 80 лет – более 40–50%. Послеоперационные осложнения наблюдаются в 10–44% случаев. У 93% данных пациентов имеются сопутствующие заболевания [1, 2, 4, 5].

Тактика, объем и сроки хирургического вмешательства при ОКХ достаточно дискуссионны. Некоторые авторы выступают за консервативное лечение, направленное на подавление острого процесса. Однако в 80% случаев консервативное лечение оказывается неэффективным, в результате операция проводится на фоне осложнений и истощения защитных ресурсов организма, что приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим ряд клиницистов выступает за срочные операции. Помимо этого, у пациентов пожилого и старческого возраста с ОКХ очень важен выбор метода анестезии [3, 6].

О тактике хирургического лечения ОКХ, протекающего на фоне сопутствующих заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста, на данный момент нет единого мнения. Поэтому актуальна разработка и внедрение программы хирургического лечения с учетом особенностей патологии и сопутствующих заболеваний для каждого пациента.

Цель: Разработка тактики хирургического лечения ОКХ, протекающего на фоне со-

путствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, а также улучшение результатов лечения с применением соответствующих алгоритмов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на изучении результатов проспективного анализа данных 50 пациентов в возрасте от 60 до 90 лет, находившихся на стационарном лечении в Научно-хирургическом центре имени М.А. Топчубашова в период с 2015 по 2018 гг. В исследование были включены пациенты, перенесшие операцию по поводу ОКХ на фоне диабета, ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний.

Пациенты поступали в клинику с жалобами, характерными для ОКХ: острая боль, тошнота, рвота, повышение температуры и общая слабость. У некоторых больных клиническая картина менялась в зависимости от возраста, наличия сопутствующего заболевания, рецидивов приступообразной боли, позднего обращения к врачу, консервативного лечения антибактериальными препаратами, энцефалопатии и степени эндотоксикоза.

В течение первого дня после начала приступов болей жалобы пациентов становились относительно ясными. Однако в последующие дни клинические симптомы менялись, и болезнь приобретала «скрытое» течение. Больные в возрасте 60–89 лет были распределены следующим образом: пациенты пожилого возраста (60–74 лет) – 41 больной (82%), старческого возраста (75–89 лет) – 9 пациентов (18%). Пациенты-долгожители (в возрасте более 90 лет) не наблюдались. 37 пациентов (74%) были женского пола, 13 (26%) – мужского пола (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
60–74 лет	12 (24,0±6,04%)	29 (58,0±6,98%)	41(82,0±5,43%)
75–89 лет	1 (2,0±1,98%)	8 (16,0±5,18%)	9 (18,0±5,43%)
Всего	13 (26,0±6,20%)	37 (74,0±6,20%)	50 (100%)

Всем больным было проведено УЗИ, 60% больным – КТ и 36% – МРТ. На основании исследований у 50 пациентов имели место 74 (148%) различные сопутствующие нозологии. Иногда у одного пациента обнаруживалось несколько патологий. Среди них наиболее часто диагностировался сахарный диабет – у 16 пациентов (32,0±6,60%), у 9 пациентов (18,0±5,43%) – ХИБС и атеросклеротический кардиосклероз, у 9 пациентов (18,0±5,43%) – миокардиодистрофия и гипертония, у 7 пациентов (14,0±4,91%) – хронический реактивный панкреатит, у 4 пациентов (8,0±3,84%) – состояние после аортокоронарного шунтирования, у 3 пациентов (6,0±3,36%) – стентирова-

ние коронарных артерий, у 5 пациентов (10,0±4,24%) – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит. В связи с различным влиянием и клинической значимостью сопутствующих патологий больные были разделены на две основные группы: больные диабетом и больные острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Больные сахарным диабетом в свою очередь были разделены на две подгруппы. Первую подгруппу составили больные с ожирением (с высоким индексом массы тела-ИМТ), вторую – больные с нормальной массой тела.

Характеристика проведенных хирургических вмешательств дана в таблице 3.

Таблица 2. Зависимость сроков проведения операции от времени начала заболевания у больных с ОЖХ и сопутствующей патологией, абс. (%)

Группа	Срок выполнения операции		Всего	Р
	В течение 3 дней	В течение 4–7 дней		
Ожирение	11 (22,0±5,86)	5 (10,0±4,24)	16 (32,0±6,60)	p<0,05
Сахарный диабет	6 (12,0±4,60)	4 (8,0±3,84)	10 (20,0±5,66)	
Сахарный диабет, ожирение	4 (8,0±3,84)	2 (4,0±2,77)	6 (12,0±4,60)	
Сердечно-сосудистая недостаточность	13 (26,0±6,60)	5 (10,0±4,24)	18 (36,0±6,79)	
Всего	34 (68,0±6,60)	16 (32,0±6,60)	50 (100)	

Таблица 3. Характеристика хирургических вмешательств

	Традиционная открытая холецистэктомия	Мини-холецистэктомия	Лапароскопическая холецистэктомия
3 день	2 (4,0±2,77%)	2 (4,0±2,77%)	30 (60,0±6,93%)
4–7 день	8 (16,0±5,18%)	2 (4,0±2,77%)	6 (12,0±4,60%)
P		p<0,001	
Всего	10 (20,0±5,66%)	4 (8,0±3,84%)	36 (72,0±6,35%)

Больные из обеих групп были распределены в две основные группы, различающиеся по времени поступления в клинику после болевых приступов. Первая группа включала больных, поступивших в течение 3 дней после начала приступов, вторая – с опозданием на 4–7 дней. Зависимость проведенных операций от сроков, прошедших от начала заболевания, показана в таблице 3.

Как показано в таблице 2, 68% больных были прооперированы в первые 3 дня, 32% – на 4–7 день, то есть операция

у данных пациентов была проведена отсроченно.

Как видно из таблицы 3, 36 больным (72,0±6,35%) была проведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 14 больным (28,0±6,35%) – открытая холецистэктомия. Открытые операции были подразделены на 2 группы. Традиционным широким доступом ХЭ была проведена 10 больным (20,0±5,66%), открытым мини-доступом – 4 больным (8,0±3,84%).

Характеристика лапароскопических операций дана в таблице 4.

Таблица 4. Характеристика лапароскопических операций

Название операции	№	%
Лапароскопическая антеградная холецистэктомия	22	61,1±8,12
Лапароскопическая ХЭ «fundus-first» – «от дна»	3	8,3±4,61
Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия «fundus-first» – «от дна»	5	13,9±5,76
Переход на открытую ХЭ – конверсия	6	16,7±6,21
Всего:	36	100

Характеристика открытых операций отражена в таблице 5.

Таблица 5. Характеристика открытых операций

Название операции	№	%
Антеградная холецистэктомия	5	35,7±12,8
Холецистэктомия «от дна»	4	28,6±12,1
Субтотальная холецистэктомия «от дна»	5	35,7±12,8
Всего	14	100

Если после отделения от ложа желчного пузыря невозможно идентифицировать проток желчного пузыря и артерию, желчный пузырь, согласно методу Прибрама, используемому в открытой хирургии, подвергается субтотальной резекции с целью предотвращения ятрогенного повреждения желчных протоков. Из оставшейся культи полностью удаляются конкременты, и кисетным швом, проходящим через слизистую оболочку, закрывается проток желчного пузыря (Токийский протокол 2018, рис. 1) [7].

Согласно протоколу, пациенту после операции сообщают о проведенной субтотальной холецистэктомии, и название операции указывается в выписном эпикризе. В нашей клинике лапароскопическая ХЭ «от дна» (Fundus first) была проведена 8 пациентам. Из них у 5 пациентов операция завершилась субтотальной ХЭ

Всего 36 пациентам была проведена лапароскопическая операция, у 30 пациентов операция прошла успешно, а 6 пациентам была проведена конверсия на открытую операцию. Причинами конверсии у 4 пациентов была невозможность дифференцировать элементы гепатодуоденальной связки, у 1 пациента – острое кровотечение, возникшее при наложении зажима из тантала на пузырную артерию и у 1 пациента – из-за невозможности остановить кровотечение из ложа пузыря.

4 пациентам лапаротомия была выполнена широким доступом, 2 пациентам – через мини-доступ. У 22 пациентов операция была выполнена в области шейки пузыря, то есть проведена антеградная холецистэктомия.

Нами был разработан и внедрен алгоритм диагностики и хирургического лечения пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом (рис. 2).

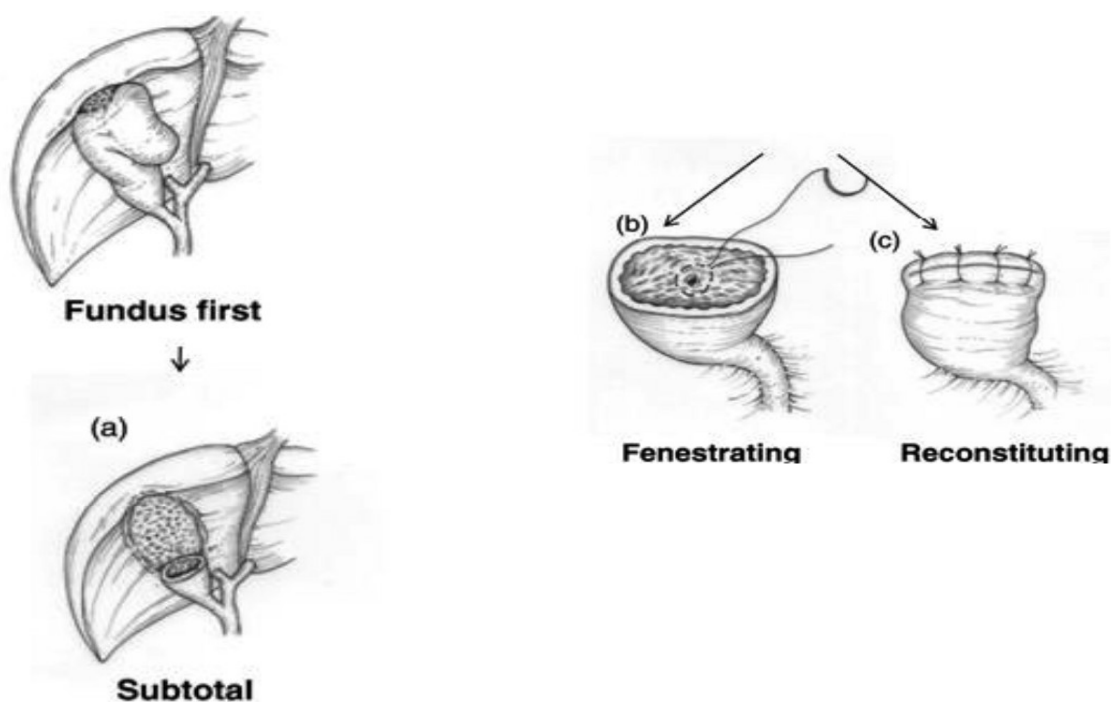


Рис. 1. Токийский протокол, 2018. Техника Fundus first

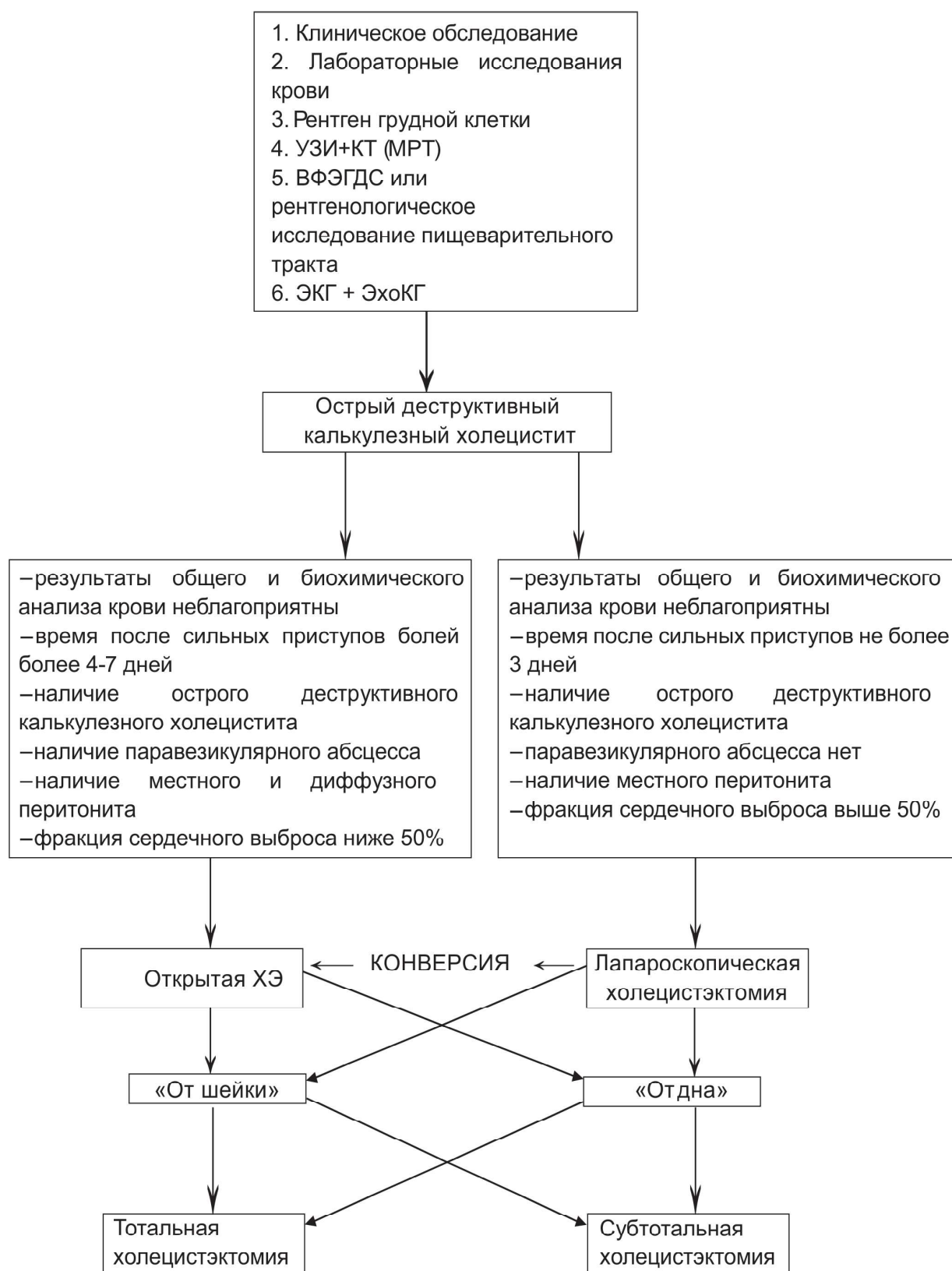


Рис. 2. Алгоритм диагностики и хирургического вмешательства при остром деструктивном калькулезном холецистите

Обсуждение

Интра- и послеоперационные осложнения, возникшие в ранний период, показаны в таблице 7

Таблица 7. Характеристика осложнений после ХЭ у обследованных пациентов

Осложнения	Прооперированные в течение 3 дней		Прооперированные в течение 4–7 дней		Всего:
	ЛХЭ	Открытая ХЭ	ЛХЭ	Открытая ХЭ	n=50
	n=30	n=4	n=6	n=10	
	I	II	III	IV	
Интраоперационные осложнения:					
Кровотечение	2 (4,0±2,77%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	3*** (6,0±3,36%)	8 (16,0±5,18%)
Разрыв желчного пузыря	3 (6,0±3,36%)	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	3* (6,0±3,36%)	8 (16,0±5,18%)
Отрыв протока желчного пузыря	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	5 (10,0±4,24%)
Всего осложнений во время операций:	6 (12,0±4,60%)	3 (6,0±3,36%)	4 (8,0±3,84%)	8 (16,0±5,18%)	21 (42,0±6,98%)
Всего соматических осложнений:					
Пневмония	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	5 (10,0±4,24%)
Инфаркт миокарда			1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)
Сепсис	2 (4,0±2,77%)	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	5 (10,0±4,24%)
Всего соматических осложнений:	3 (6,0±3,36%)	2 (4,0±2,77%)	3 (6,0±3,36%)	4 (8,0±3,84%)	12 (24,0±6,04%)
Послеоперационные осложнения:					
Кровотечение из ложа желчного пузыря	2 (4,0±2,77%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	2** (4,0±2,77%)	7 (14,0±4,91%)
Истечение желчи из ложа желчного пузыря	1 (2,0±1,98%)		1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)	3 (6,0±3,36%)
Абсцесс подпеченоч- ного пространства	2 (4,0±2,77%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	2** (4,0±2,77%)	7 (14,0±4,91%)
Местные раневые осложнения:					
Инфильтрация раны	4 (8,0±3,84%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	2* (4,0±2,77%)	9 (18,0±5,43%)
Нагноение раны	4 (8,0±3,84%)	1 (2,0±1,98%)	2 (4,0±2,77%)	2* (4,0±2,77%)	9 (18,0±5,43%)
Всего послеоперац- онных осложнений	13 (26,0±6,20%)	4 (8,0±3,84%)	9 (18,0±5,43%)	9 (18,0±5,43%)	35 (70,0±6,48%)
Летальность				1 (2,0±1,98%)	1 (2,0±1,98%)

(I–IV p<0,001*; p<0,05**; p<0,01***)

Интраоперационные осложнения были обнаружены у 21 (42%) больного. Из них у 8 больных (16%) наблюдалось кровотечение во время операции, у 8 больных (16%) – разрыв желчного пузыря с инфицированием подпеченочного пространства и у 5 больных (10%) – отрыв протока желчного пузыря во время манипуляции. Послеоперационные осложнения при поздней форме острого деструктивного холецистита у прооперированных в течение 4–7 дней после приступа встречались чаще по сравнению с больными, прооперированными в течение 3 дней, и составили 24% (12 больных). Кроме того, было выявлено, что интраоперационные осложнения по сравнению с лапароскопическими операциями наблюдались чаще во время открытой операции (у 11 больных (22%)).

Общесоматические осложнения были обнаружены у 12 больных (24%), из них: у 5 больных (10%) была обнаружена пневмония, у 2 (4%) – инфаркт миокарда и у 5 (10%) – сепсис (септицемия и септикопиемия). Частота осложнений и в этих случаях была выше у больных, прооперированных после 4–7 дня от первых болевых приступов открытым методом.

Послеоперационные осложнения, подразделяясь на местные раневые осложнения и осложнения, связанные с общей операционной областью, наблюдались у 35 больных (70%). Из них: кровотечение из ложа желчного пузыря – было зафиксировано у 14% больных, истечение желчи из ложа желчного пузыря – у 3 больных (6%), абсцесс подпеченочного пространства – у 7 больных (14%).

Из локализованных осложнений инфильтрация раны была обнаружена у 9 (18%) больных, нагноение ран – у 9 (18%) больных. Осложнения в этой группе также наблюдались чаще при открытых операциях, а также при операциях, про-

веденных в течение 4–7 дней. На основании всего вышесказанного мы поддерживаем выбор активной хирургической тактики.

В послеоперационном периоде летальность была зафиксирована у одного (2%) пациента. Причиной смерти была септицемия, тромбоэмболия легочной артерии на фоне сахарного диабета.

Среди больных диабетом, ожирением и сердечно-сосудистой недостаточностью, прооперированных по поводу острого калькулезного холецистита в течение 4–7 дней в 100% случаев желчный пузырь был подвержен острым деструктивным изменениям, а также наблюдалась его перфорация.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, прооперированных по поводу острого деструктивного холецистита лапароскопическим методом, составила 6,5 дней. Этот показатель у больных, прооперированных открытым методом составил 9,85 дней. Это на 3 дня больше, чем при лапароскопической операции. Средняя продолжительность койко-дней 50 больных из этой группы составила примерно 7 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашему мнению, с целью безопасной холецистэктомии для профилактики ятрогенных повреждений должна быть предложена субтотальная холецистэктомия «от дна» (20%). У 16% лапароскопическая операция была выполнена «от дна» (Fundus first). Из них 10% операций завершились субтотальной холецистэктомией. У 9 больных (18%) операция началась открытым методом «от дна», у 5 пациентов была проведена субтотальная холецистэктомия методом Прибрама. Ятрогенное повреждение общего желчного протока зафиксировано не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Б.А. Хирургические болезни. Баку 2007; 808.
2. Курбанов Р.И. Особенности течения и тактика хирургического лечения острого калькулезного холецистита у геронтологических больных на фоне сахарного диабета и ожирения. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М 2011; 108.
3. Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Феклюнин А.А., Струков Е.Ю., Азимов Ф.Х. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста. Вестн хир им. И.И. Грекова 2010;3:71.
4. Henneman D., da Costa D.W., Vrouenraets B.C., van Wagenveld B.A., Lagarde S.M. Laparoscopic partial cholecystectomy for the difficult gallbladder: a systematic review. Surg Endosc 2013;27:351-358.
5. Hibi T., Iwashita Y., Ohyama T., Honda G., Yoshida M., Takada T. et al. The «right» way is not always popular: comparison of surgeons' perceptions during laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis among experts from Japan, Korea and Taiwan. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2017;24:24-32.
6. Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S., Pitt H.A., Gomi H., Yoshida M., et al. TG13: updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013;20:1-7.
7. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.517/full>.

ҚАРИ ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАР ФОНИДА КЕЧУВЧИ ЎТКИР КАЛЬКУЛЁЗ ХОЛЕЦИСТИТНИНГ ДИАГНОСТИКА ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ

Н.А. ГАМИДОВА

Акад. М.А.Топчубашев номидаги Илмий-хирургик марказ, Баку, Озарбайжон

2015–2018 йилларда М.А.Топчубашев номидаги Илмий-хирургик марказга ётқизилган 60 дан 90 ёшгача бўлган 50 нафар беморга тааллуқли маълумотлар проспектив таҳлил қилинган. Қандли диабет, семизлик ва юрак-қон томир касалликлари фонида ўткир тошли холецистит бўйича хирургик амалиётни бошидан ўтказган беморлар тадқиқотга киритилган. Барча беморларга УТТ, 60% беморга КТ ва 36% кишига МРТ ўтказилган. 36 нафар (72%) беморда лапароскопик холецистэктомия, 14 нафари (28%)да очик холецистэктомия бажарилган. Очик амалиётлар 2 гуруҳга бўлинган. Анъанавий кенг кесим орқали холецистэктомия 10 нафар (20%) беморда, очик мини-кесим орқали холецистэктомия 4 нафар (8%) да бемор бажарилган. Ўткир деструктив тошли холецистити бўлган беморларда диагностика ва хирургик даволаш алгоритми келтирилган. Хавфсиз

холецистэктомия бажариш мақсадида ятроген шикастланишларнинг олдини олувчи «пастдан» субтотал холецистэктомия услуги тавсия қилинган. Умумий ўт йўлининг ятроген шикастланиши кузатилмаган.

Калит сўзлар: ўткир калькулёз холецистит, лапароскопик холецистэктомия, очиқ холецистэктомия, мини-кесимли холецистэктомия, антеград холецистэктомия, субтотал холецистэктомия.

Сведения об авторе:

Гамидова Нешрин Адалят – Научный центр хирургии имени М.А. Топчубашева. Отделение печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы.
E-mail: nek707@rambler.ru.