

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Доцент Е.П. ЯКОВЦОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов лечения желчно-каменной болезни и ее осложнений у 894 больных различного возраста при использовании открытых и малоинвазивных вмешательств. Сделан вывод о высокой эффективности и меньшем риске осложнений таких вмешательств при холецистите и протоковой патологии у больных пожилого и старческого возраста по сравнению с открытыми вмешательствами и о перспективности контролируемого пневмоперитонеума и лифтинговых технологий при их выполнении.

Во многих странах в настоящее время оперативные вмешательства по поводу желчно-каменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений уступают по частоте только аппендектомии [1–3]. Возрастает число пациентов с осложненными формами ЖКБ, причем среди них более 50% составляют больные старше 65 лет. Возраст больных влияет на непосредственные и отдаленные результаты операции будучи одним из факторов риска развития разнообразных осложнений и летальности [2, 4, 6, 7].

В последние десятилетия хирургическая тактика претерпела значительные изменения, связанные с разработкой и внедрением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), которая стала «операцией выбора» при доброкачественной патологии желчного пузыря [1; 3]. Благодаря минимальной травматичности ЛХЭ особенно перспективна относительно больных пожилого и старческого возраста [8, 9].

В то же время широкое внедрение ЛХЭ и накопленный мировой опыт поставили целый ряд новых проблем: наряду с типичными для открытой операции осложнениями нередки и специфические, обусловленные особенностями метода [1, 2]. Это диктует необходимость совершенствования методов профилактики осложнений послеоперационного периода с учетом сопутствующей соматической патологии и возрастных особенностей пациентов.

Цель проведенного нами исследования состояла в сравнительном анализе непосредственных результатов различных методов хирургического лечения желчно-каменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста.

Были выполнены ретроспективный анализ и проспективное исследование непосредственных результатов лечения 894 больных ЖКБ, оперированных в хирургическом отделении Областной клинической травматологической больницы г. Харькова в период с 1995 по 2002 г. по поводу острого или хронического калькулезного холецистита (ОКХ, ХКХ), т.е. после внедрения в практику работы ЛХЭ. Обследованные больные были распределены на три группы в зависимости от возраста, формы заболевания и метода хирургического лечения. В I (основную) группу вошло 349 больных пожилого и старческого (старше 60 лет) возраста, которым выполнена ЛХЭ, в том числе с эндоскопи-

ческой папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) или эндоскопической холедохолитэкстракцией (ЭХЛЭ): Ia группа (n = 208) — с ХКХ и холестерозом желчного пузыря; Ib группа (n = 141) — с ОКХ. II группу (группу сравнения) составили 99 больных пожилого и старческого возраста с ОКХ, которым была произведена открытая холецистэктомия (ОХЭ) или холецистостомия (ХС). В III (контрольную) группу объединены 446 больных моложе 60 лет с ЖКБ, которым выполнена ЛХЭ: IIIa (n = 302) — больные с ХКХ; IIIб (n = 144) — больные с ОКХ. Общая характеристика выполненных оперативных вмешательств представлена в табл. 1.

Основным оперативным вмешательством во всех группах была холецистэктомия: лапароскопическая либо открытая. Кроме того, в ряде случаев при наличии желчной гипертензии, холедохолитиаза, патологии стеноза сфинктера Одди выполнены *дополнительные вмешательства*: ЭПСТ, ЭХЛЭ, трансдуоденальная сфинктеропластика (ТДСП) и наружное дренирование холедоха (НДХ). У части больных выполнялись *симультаные операции*: грыжесечения по поводу пупочной или паховой грыжи, операции на гениталиях.

Повторные операции объединены в две группы: релапароскопия (РелС) и релапаротомия (РелТ). Они выполнялись при наличии абдоминальных послеоперационных осложнений и заключались в дополнительной санации брюшной полости, санации и дренировании затеков желчи, гематом, гнойников, а также в восстановлении целостности внепеченочных желчных протоков при их ятрогенном повреждении.

При деструктивных формах острого холецистита, наличии спаечных сращений в подпеченочном пространстве и в ряде случаев хронического холецистита (наличие сморщенного желчного пузыря) ставились показания к переходу на открытую операцию (так называемая «конверсия»). Необходимость в «конверсии» при выполнении ЛХЭ возникла у 14 больных (1,8%). Показаниями к конверсионной лапаротомии были:

1. Плотные инфильтраты и рубцово-склеротические изменения в области шейки желчного пузыря у 8 больных с острым деструктивным холециститом, осложненным перипузырным инфильтратом или абс-

Таблица 1

Оперативные вмешательства, выполненные обследованным больным

Операция	Группы и оперативные вмешательства					Всего, n = 894
	Ia, n = 208	Iб, n = 141	II, n = 99	IIIa, n = 302	IIIб, n = 144	
<i>Основные</i>						
ЛХЭ, в т. ч. с конверсией, n = 14	1	5	—	6	2	795
ОХЭ	—	—	98	—	—	98
ХС*	—	—	1	—	—	1
<i>Дополнительные</i>						
ЭПСТ	10	4	—	5	4	23
ЭХЛЭ	2	2	—	1	1	6
ТДСП	—	—	21	—	—	21
НДХ	1	—	19	—	—	20
<i>Симультанные</i>						
Грыжесечение	8	5	—	12	1	26
Операции на гениталиях	1	—	2	1	—	4
<i>Повторные</i>						
РеЛС	6	5	—	3	2	16
РеЛТ	—	—	2	—	—	2

* При двухэтапных вмешательствах.

цессом. Кроме наличия технических трудностей эти изменения приводили к нарушению нормальных анатомических соотношений в зоне треугольника Кало, сопровождались повышенной кровоточивостью.

2. Интраоперационные ятрогенные осложнения: у двух больных с ХКХ возникло повреждение гепатихоледоха, у одного больного с острым катаральным холециститом — кровотечение в результате повреждения печени и у одного — желчеистечение из дополнительного пузырного протока.

3. Эмпиема желчного пузыря на фоне острого деструктивного холецистита с разрывом его стенки во время препаратовки у двух больных привела к обильному загрязнению подпеченочного пространства, что потребовало дополнительной санации и дренирования брюшной полости.

Особый контингент составили больные с холедохолитиазом и стенозом сфинктера Одди, для лечения которых была использована ЭПСТ. При уже установленном диагнозе холедохолитиаза ЭПСТ использовалась как самостоятельная процедура, при подозрении на холедохолитиаз, патологию терминального отдела холедоха и сфинктера Одди — после диагностической процедуры (эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии). У обследованных больных ЭПСТ была одним из этапов лечения ЖКБ: основным вмешательством во всех случаях была ЛХЭ, однако последовательность выполнения ЭПСТ и ЛХЭ была различной. У 14 из 23 больных ЭПСТ выполнена в первую очередь за 3–5 дней до ЛХЭ, у остальных — через 5 и более суток после ЛХЭ (чаще на 5–7-е сутки). В последнее время предпочтение отдается двухэтапной тактике лечения больных ЖКБ с наличием протоковой патологии с первоочередным выполнением ЭПСТ и ЛХЭ на 3–5-е сутки. У 6 больных выполнена ЭХЛЭ без ЭПСТ.

Анализ результатов проведенного лечения показал, что наибольшее число осложнений наблюдалось во II группе, т.е. у больных пожилого и старческого возраста, после ОХЭ — 18,2% (табл. 2). Реже ($p > 0,05$), но все же с довольно высокой частотой (17%) осложнения наблюдались у больных пожилого и старческого возраста после ЛХЭ, выполненной по поводу ОКХ, — Iб группа. Частота осложнений в Ia группе составила 6,7%, т.е. была достоверно выше, чем у больных моложе 60 лет с аналогичными формами ЖКБ ($p < 0,05$). Летальность была наибольшей у больных пожилого и старческого возраста после ОХЭ по поводу острого холецистита (3,03%), несколько меньшей, но статистически незначимо ($p > 0,05$) у аналогичных больных после ЛХЭ — 2,84%. У 7 из 13 умерших непосредственной причиной смерти были общие неспецифические осложнения (декомпенсация сопутствующей кардиореспираторной патологии — у 4 и тромбоэмболия легочной артерии — у 3 чел.), у остальных — абдоминальные осложнения послеоперационного периода, чаще связанные с ятрогенными повреждениями.

Структура осложнений после ЛХЭ и после ОХЭ имела определенные особенности. Прежде всего, обращает на себя внимание значительное число электрокоагуляционных и механических повреждений холедоха во время выполнения ЛХЭ — во всех возрастных группах они встречались примерно с одинаковой частотой (в среднем 0,75%). Все повреждения были причиной конверсии или релапаротомии в более позднем периоде, значительно увеличивая послеоперационный койко-день, а в двух случаях привели к летальному исходу.

Данные литературы и наш собственный опыт дают основание выделить следующие группы факторов риска ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей: 1) анатомические варианты

Частота и структура осложнений у больных обследованных групп

Осложнения	Группы обследованных и осложнения				
	Ia, n = 208	Iб, n = 141	II, n = 99	IIIa, n = 302	IIIб, n = 144
Всего больных, n = 85	14 (6,7%)	24 (17,0%)	18 (18,2%)	12 (4,0%)	17 (11,8%)
<i>Связанные с анестезиологическим обеспечением и общие неспецифические</i>					
Гемодинамические	—	1 (0,71%)	3 (3,03%)	—	—
Респираторные	3 (1,44%)	5 (3,55%)	2 (2,02%)	2 (0,66%)	2 (1,39%)
Гемокоагуляционные	1 (0,48%)	2 (1,42%)	—	—	1 (0,69%)
<i>Связанные с техническими особенностями ЛХЭ</i>					
С лапароскопическим доступом	1 (0,48%)	—	—	—	—
Осложнения абдоминального этапа					
повреждения холедоха	1 (0,48%)	1 (1,42%)	1 (1,01%)	2 (0,66%)	1 (0,69%)
кровотечения	2 (0,96%)	1 (1,42%)	—	—	1 (0,69%)
<i>Ранние послеоперационные</i>					
Раневые	3 (1,44%)	3 (2,13%)	4 (4,04%)	4 (1,32%)	3 (2,08%)
Абдоминальные:					
подпеченочная гематома	1 (0,48%)	3 (2,13%)	1 (1,01%)	1 (0,33%)	5 (3,47%)
желчеистечение, в т. ч. биломы	—	4 (2,84%)	1 (1,01%)	1 (0,33%)	1 (0,69%)
панкреатит	2 (0,96%)	—	—	—	—
перитонит	—	—	2 (2,02%)	—	1 (0,69%)
абсцессы брюшной полости	—	1 (0,71%)	1 (1,01%)	—	1 (0,69%)
кишечная непроходимость	—	—	—	—	1 (0,69%)
<i>Поздние послеоперационные</i>					
Желчные свищи	—	2 (1,42%)	2 (2,02%)	—	—
Послеоперационные вентральные грыжи	—	1 (0,71%)	1 (1,01%)	—	—
Летальность	4 (1,92%)	4 (2,84%)	3 (3,03%)	—	2 (1,39%)

строения и аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков; 2) активный воспалительно-инфильтративный или рубцово-спаечный процесс в подпеченочном пространстве, склерозированный желчный пузырь; 3) технические ошибки в результате недостаточного обзора операционного поля, нарушений техники оперирования и неисправности инструментов.

Наиболее частыми осложнениями послеоперационного периода, особенно у больных пожилого и старческого возраста, как при открытом, так и при лапароскопическом доступе, были осложнения общего характера, связанные с анестезиологическим обеспечением и декомпенсацией сопутствующих кардиореспираторных заболеваний. В Ia группе их частота составила 28,6, в Ib группе — 29,2 и во II группе — 27,8% среди всех выявленных осложнений. Среди респираторных осложнений следует выделить ателектазы и гиповентиляцию легких у 5 больных, в двух случаях развившиеся в пневмонию.

Основным фактором возникновения легочных осложнений после ЛХЭ, по нашему мнению, является напряженный пневмоперитонеум, приводящий к на-

рушению вентиляции нижних отделов легких и изменению биомеханики дыхания в раннем послеоперационном периоде.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде развились у 4 пациентов, более часто после ОХЭ. Их главными причинами были хронические заболевания (гипертоническая болезнь II–III стадии, ишемическая болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, чаще в сочетаниях). Все осложнения развились у пациентов, оперированных экстренно, т.е. при отсутствии условий для соответствующего полноценного предоперационного лечения, после технически трудных операций по поводу острого холецистита. В двух случаях они закончились летально вследствие обширного трансмурального инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения, в трех случаях летальный исход был обусловлен тромбоэмболией легочной артерии (в том числе у двух больных пожилого и старческого возраста).

Частыми, но менее опасными осложнениями послеоперационного периода были нагноения ран (после ЛХЭ — ран троакарных доступов). Они возникли у 2% больных пожилого и старческого возраста по-

сле ЛХЭ по поводу острого холецистита с сопутствующим ожирением.

После ЭПСТ осложнения развились у 4 больных: у одного имело место дуоденальное кровотечение, остановленное применением общей и местной гемостатической терапии, у трех наблюдались кратковременная амилаземия и диастазурия. Летальных исходов не было.

В целом результаты проведенного анализа позволяют сделать следующие выводы.

ЛХЭ при холецистолитиазе и транспапиллярные вмешательства при протоковой патологии у больных пожилого и старческого возраста более эффективны и связаны с меньшим риском осложнений по сравнению с открытыми вмешательствами.

Тяжесть течения кардиореспираторных осложнений у больных пожилого и старческого возраста и высокая частота их неблагоприятных исходов, особенно при остром холецистите, обуславливают необходимость разработки специальных мероприятий для минимизации риска.

Для профилактики осложнений необходимо тщательное предоперационное обследование больных и профилактическая медикаментозная терапия, а также совершенствование технических условий выполнения ЛХЭ. Перспективным направлением следует считать использование контролируемого пневмоперитонеума с безопасным уровнем внутрибрюшного давления и лифтинговых технологий.

Л и т е р а т у р а

1. Балалькин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия.— М.: ИМА-пресс, 1996.— С.50–62.
2. Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П., Вуколов А.В. Лапароскопическая холецистэктомия: старые проблемы в новом свете // Хирургия.— 1997.— № 1.— С.65–68.
3. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одицов В.В. Эндоскопическая хирургия.— М.: ГОЭТАР-медицина, 1998.— 381 с.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия.— 2001.— С.30–34.
5. Кузнецов Н.А. Фактор операционного риска: возраст // Там же.— 1996.— № 5.— С.74–80.
6. Пожилой возраст: острые нарушения водно-электролитного гомеостаза в периоперационном периоде / В.Д. Малышев, И.М. Андрюхин, В.А. Бочаров и др. // Клиническая геронтология.— 2000.— № 3–4.— С. 28–33.
7. Хирургическое лечение острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / Г.И. Дуденко, В.Г. Передерий, А.Я. Шпаченко и др.— Харьков: Прапор, 1993.— 182 с.
8. Lang R.D., Sykora M., Thiele H. Results of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients // Laugenbecks Arch. Chir.— Suppl. Kongress band, 1996.— Vol. 113.— P.593–595.
9. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly / P. Pessaux, I.I. Tuech, W. Derouet et al. // Surg. Endoscopy.— 2000.— Vol. 14, № 10.— P. 1067–1069.

Поступила 18.03.2004

LOW INVASIVE INTERVENTIONS IN SURGICAL TREATMENT FOR CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND OLD PATIENTS

E.P. Yakovtsov

S u m m a r y

Comparative analysis of immediate results of treatment of cholelithiasis and its complications in 894 patients of different age at open and low-invasion interventions is given. The author concludes about high efficacy and low risk of complications of these interventions in cholecystitis and duct pathology in elderly and old patients when compared with open interventions and the prospects of controlled pneumoperitoneum and lifting techniques.