

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У СТАРИКОВ

Е.В. Прилепина

Городская клиническая поликлиника № 5, г. Челябинск

Проанализирован опыт лечения 136 пациентов старческого возраста и долгожителей с острым холециститом. Средний возраст составил $84 \pm 3,4$ года. Оперировано 62 пациента (46 %). Холецистэктомия выполнена в 50 случаях (80 %), холецистостомия – в 12 случаях (20 %). Изучена микрофлора желчи и ее чувствительность к антибиотикам. Послеоперационная летальность составила 8 %. Показана оправданность активной хирургической тактики.

Ключевые слова: острый холецистит, пациенты старческого возраста и долгожители, оперативное лечение.

Введение. Проблема острого холецистита у больных в возрасте 80 лет и на сегодняшний день сохраняет свою актуальность. У большинства пациентов пожилого и старческого возраста имеется несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря, в том числе перивезикулярных гнойных осложнений и перитонита, которые протекают асимптомно. Необходимость оптимизации тактики лечения у этой группы пациентов, связана не только с увеличением их числа по отношению ко всем больным с острым холециститом (40–65 %), но и высоким уровнем летальности и гнойно-септических осложнений. По литературным данным уровень послеоперационной летальности при остром холецистите составляет 1,5–12 %, а у пожилых пациентов составляет 15–25 %. Традиционно, одной из основных причин смерти являются гнойно-септические осложнения, которые составляют 5–50 %.

Материал и методы. Нами были изучены непосредственные результаты лечения 136 пациентов в возрасте старше 80 лет с острым холециститом, находившихся на лечении в МУЗ ГКБ № 3 г. Челябинска в период с 2003 по 2008 гг. Среди больных было 105 (77 %) женщин и 31 (33 %) мужчин в возрасте от 80 до 96 лет. Средний возраст составил $84 \pm 3,4$ года. При госпитализации каждому пациенту проводился стандартный набор обследований: общие клинические анализы крови и мочи, биохимические обследования крови, определение группы крови и резус-фактора, RW, ЭКГ, ультразвуковое исследование брюшной полости, осмотр терапевта. Всем оперированным больным выполняли посев стенки желчного пузыря на микрофлору с определением ее резистентности.

Сопутствующая патология выявлена у 134 человек (97,8 %). Наиболее часто встречающейся патологией была ишемическая болезнь сердца – 108 пациентов, на втором месте гипертоническая

болезнь – 96 пациентов, на третьем месте нарушение ритма сердца – 39, четвертое место – сахарный диабет у 12 пациентов, на пятом – последствия острого нарушения мозгового кровообращения – 6 пациентов. У большинства пациентов (80 %) имелось 2 и более сопутствующих заболеваний (2,2 на 1 больного).

При ретроспективном анализе лечения больных было установлено, что средние сроки от начала заболевания до госпитализации составили $52,2 \pm 29,5$ часов. В 1-е сутки с момента заболевания за медицинской помощью обратилось 72 (53 %) пациента, а поздняя госпитализация в сроки свыше 72 часов составила 25 (18 %) человек. Средние сроки пребывания в стационаре составили $12,1 \pm 7$ суток. При биохимическом обследовании крови средние показатели билирубина составили $37,7 \pm 26,4$ мкмоль/л. Его уровень в пределах нормы был у 76 (56 %) поступивших, увеличение до 85 мкмоль/л выявлено у 45 (33 %) пациентов, уровень от 86 до 169 мкмоль/л у 12 (9 %), а свыше 170 мкмоль/л у 3 (2 %) больных. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у 128 (94 %) пациентов диагностирован острый калькулезный холецистит. Острый бескаменный холецистит выявлен у 8 (6 %) пациентов. Признаки билиарной гипертензии были отмечены в 16 случаях, что составило 12 %. Таким образом, желтуха была у 44 % больных, что больше, чем у больных более молодого возраста.

Инфузионно-капельная терапия проводилась при поступлении в стационар всем больным. При отсутствии положительной динамики от проводимой консервативной терапии, при диагностированной деструкции стенки желчного пузыря при поступлении по данным УЗИ выставлялись показания к операции в первые 6 часов от момента госпитализации больных в стационар. Таких пациентов было 17 (27 %), т. е. практически каждый третий пациент. Всего в первые сутки нахождения

в стационаре было оперировано 49 (81 %) человек, пациентов прооперированных через трое суток и более после госпитализации было всего 3 (5 %).

Результаты. Из 136 поступивших больных у 62 (46 %) проведено хирургическое лечение. Объем вмешательства определялся общим состоянием пациента, степенью деструкции стенки желчного пузыря, тяжестью сопутствующей патологии, наличием конкрементов и явлений механической желтухи. Холецистэктомия из традиционного лапаротомного доступа выполнена 11 (18 %) больным. Это связано с большим числом осложненных форм острого холецистита (у 37 % пациентов – гнойный холецистит, перипузырный абсцесс и инфильтрат, холангит, перитонит). Холецистэктомия из минилапаротомного доступа выполнена в 39 случаях (63 %). Холецистостомия как окончательный этап хирургического лечения произведена 12 пациентам (19 %). Во время оперативного вмешательства производился забор пузырной желчи на микробиологическое исследование. Двухэтапное оперативное лечение получило 4 пациента: при поступлении им была наложена холецистостомы, а после купирования явлений механической желтухи и стабилизации состояния было выполнено радикальное оперативное лечение (холецистэктомия из минилапаротомного доступа). Наружное дренирование холедоха выполнено 9 больным (7 пациентам из минилапаротомического доступа, 2 больным из широкого лапаротомного разреза). В 9 наблюдениях пришлось произвести холедоходуоденоанастомоз (6 из минилапаротомного доступа, 3 из широкого лапаротомного доступа).

В послеоперационном периоде в отделение реанимации госпитализировано 28 (45 %) пациентов из 62 оперированных. Продленная ИВЛ проводилась 12 пациентам (43 %). Осложнение в виде вентилятор-ассоциированной пневмонии развилось у 7 (58 %) больных. Нагноение послеоперационной раны отмечены у 2 (3 %) пациентов. При нагноении были взяты посевы из раны, выделено: *Proteus vulgaris* (сплошной рост) в одном случае, *Enterobacter* (10^6) также у одного больного.

По результатам гистологического заключения из оперированных 62 человек катаральное воспаление желчного пузыря выявлено у 12 пациентов (20 %), флегмонозный холецистит у 34 (55 %), гангренозный у 16 (25 %). Таким образом, деструктивный холецистит выявлен у 80 % больных, у 20 % из них объем операции был ограничен холецистостомией.

В схему лечения наших пациентов были включены антибактериальные препараты с учетом проведенного микробиологического исследования стенки желчного пузыря. При поступлении антибактериальная терапия была назначена 101 пациенту, что составило 74 %. Из 62 оперированных больных антибиотикотерапию до операции получили 44 пациента (71 %). В послеоперационном периоде антибиотики были назначены 51 пациенту (82 %).

По нашим данным общая летальность больных в возрасте старше 80 лет при остром холецистите составила 4,3 % (умерло 5 человек из 136), а послеоперационная летальность 8 % (умерло 5 больных из 62 оперированных). После наложения холецистостомы умерло 2 пациента, что связано с длительным течением заболевания (4 суток) и выраженным воспалительным процессом (деструкция стенки желчного пузыря, гнойный холангит). После выполнения холецистэктомии из лапаротомного доступа погибло 3 человека.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что достижения малоинвазивной хирургии позволили снизить объем операционной травмы и тем самым уменьшить показатели послеоперационной летальности и осложнений. Оперативное лечение осложненных форм острого холецистита у больных старческого возраста является решающим в исходе заболевания, а отказ от него приводит к возникновению крайне тяжелых осложнений в виде гнойного холангита при высоком проценте холедохолитиаза, острой печеночной недостаточности при имеющейся механической желтухе и т. п. Учитывая это, мы считаем, что оперативное лечение должно выполняться всем пациентам с деструктивными формами холецистита после проведения предоперационной подготовки в первые 12–24 часа с момента поступления больных в стационар с применением малоинвазивных методик (холецистэктомия из минилапаротомного доступа). При тяжелом общем состоянии больного, на фоне наличия декомпенсации сопутствующих заболеваний, возможно оперативное лечение в два этапа: холецистостомия, а после стабилизации состояния холецистэктомия. Антибиотикотерапия должна назначаться как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде с учетом данных внутрибольничного мониторинга. Следование выбранной нами тактики позволило снизить число послеоперационных осложнений и летальность ($p < 0,001$).

Поступила в редакцию 29 мая 2011 г.