

УДК: 616.366-002. 616-053.9

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.С. ДАВЛАТОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, О.И. ХОЛБУТАЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚАРИЯЛАР ВА КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ

С.С. ДАВЛАТОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, О.И. ХОЛБУТАЕВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ACUTE CHOLECYSTITIS AT PATIENTS OF ADVANCED AND SENILE PATIENTS

S.S. DAVLATOV, Z.B. KURBANIAZOV, O.I. HOLBUTAEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Изучение результатов мировых демографических показателей свидетельствует об изменении возрастного состава человечества в сторону его старения. Возрастная группа старше 65 лет увеличилась с 4% до 15% в течение ушедшего XX века [3, 7, 12, 21, 29, 37]. Значительный рост больных острым холециститом (ОХ) также связан с общей тенденцией старения в развитых странах [12, 14, 20, 23, 29, 30, 38]. Пик заболеваемости ОХ приходится на 50-70 лет, когда выполнение операции сопряжено со значительным риском [3, 14, 15, 20, 29, 30].

Сдерживающим фактором, по мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, является повышение степени операционного риска у больных пожилого и старческого возраста в связи с сопутствующими заболеваниями [23, 28, 30, 33]. Наиболее часто у больных ОХ выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы (100%), бронхов и легких (67,3%), почеч (13,3%), сахарный диабет (22,1%) [11, 15].

Тяжесть состояния больных пожилого и старческого возраста ОХ обусловлена осложнениями основного заболевания и сопутствующими заболеваниями [14, 15, 29, 38]. У данной категории больных проявляется себя «синдром взаимного отягощения», когда в результате приступа ОХ и последующей интоксикации наступает декомпенсация сопутствующих заболеваний, что в свою очередь приводит больного к неоперабельному, с точки зрения радикальной операции, состоянию [17, 33].

Все вышеперечисленные факторы определяют трудности лечения этой категории больных, и во многом связаны с наличием сопутствующих заболеваний, и сниженной реактивностью организма, что приводит к осложнениям, которые обусловлены повышенным риском операции [4, 35]. С другой стороны, своевременное купирование воспалительного процесса в ЖП способствует улучшению общего состояния и создает наиболее благоприятные условия для

лечения сопутствующих заболеваний.

Поскольку, клиническая картина ОХ у больных пожилого и старческого возраста нередко стертая, лабораторные данные часто не отражают истинную картину воспаления, то своевременность лечения требует своевременной диагностики [3, 18, 36, 38]. С целью установки точного диагноза и обоснованного выбора тактики лечения используется ультразвуковое исследование (УЗИ) [6, 18, 33, 38].

Ультразвуковая диагностика острого холецистита. В настоящее время одним из наиболее доступных и достоверных методов диагностики ОХ является УЗИ органов брюшной полости.

Важным моментом диагностики ОХ является динамическое УЗИ. Для больных пожилого и старческого возраста именно ухудшение УЗ-картины может быть решающим фактором при принятии решения об оперативном лечении.

Однако нельзя считать УЗИ основным методом для диагностики ОХ, т.к. даже опытные специалисты УЗ-диагностики иногда находят затруднительным выявлять деструктивные изменения в стенке ЖП [12, 18]. Результаты исследования необходимо рассматривать в сочетании с клиническими данными каждого пациента [3, 27], т.к. ложноотрицательные данные могут привести к задержке хирургического вмешательства, а гипердиагностика - к поспешным и ненужным операциям [12, 28, 29, 36].

Современные взгляды на лечение ОХ у больных пожилого и старческого возраста. Существуют активная, выжидательная и активно-выжидательная тактика лечения ОХ нашедшие свое применение в различные периоды развития хирургии [2, 12, 14, 18, 20, 23, 29, 30, 38, 40].

В настоящее время, используется активно-выжидательная тактика регламентированная приказами и стандартами Департамента здравоохранения города Москвы. Согласно данной

тактике всем пациентам ОХ с клинической картиной распространенного перитонита показана экстренная операция в ближайшие 3 часа после поступления в стационар после кратковременной предоперационной подготовки. При отсутствии перитонита больным назначается консервативная терапия. В случае купирования воспаления в течение первых суток больным показано оперативное лечение в плановом порядке (Х Э) в данную госпитализацию [4, 9, 25, 28].

Эти задачи решаются или одномоментно, или этапными операциями.

Холецистэктомия. Традиционная холецистэктомия - наиболее эффективный метод лечения ОХ, поскольку она одновременно устраняет очаг воспаления, и при необходимости может устранить желчную гипертензию. Однако у больных старческого возраста, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, радикальная операция связана с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Видеолапароскопическая холецистэктомия. Видеолапароскопическая холецистэктомия до сегодняшнего дня остается наиболее распространенным, разработанным, чаще всего выполняемым видеоэндоскопическим вмешательством [6, 11, 18, 36, 38].

Однако наложение пневмоперитонеума и эндотрахеальный наркоз (ЭТН), необходимые при выполнении лапароскопических вмешательств могут ухудшить состояние у больных с явлениями сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, а также сами имеют много осложнений. Осложнения лапароскопических вмешательств разделяют на две группы: 1) связанные с введением различных газов в брюшную полость; 2) с повышением внутрибрюшного давления вне зависимости от вводимых соединений [13, 17, 41].

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа. В связи с выявлением вышеописанных осложнений с конца 80-х годов стали развиваться методы, отвечающие основным принципам малоинвазивной хирургии и исключющие наложение пневмоперитонеума. К таким методам относятся безгазовая лапароскопия и минилапаротомный доступ с элементами "открытой" лапароскопии.

Таким образом, учитывая наличие у больных ОХ высокого операционно-анестезиологического риска и тяжелых сопутствующих заболеваний, нередко приходится прибегать к двухэтапному хирургическому лечению [2, 4, 7, 18, 21, 39]. В качестве первого этапа лечения выполняются минимальные по объему вмешательства, направленные на декомпрессию ЖП.

Декомпрессионные вмешательства при остром холецистите..

Холецистостомия. Наружное дренирование ЖП известно уже более 230 лет. Несмотря на то, что паллиативный характер этой операции противоречит радикальному направлению современной хирургии, современные публикации позволяют заметить тенденцию к расширению показаний к ней.

Отечественными авторами были предложены туннельный и инвагинационные методы наложения холецистостом без фиксации ЖП передней брюшной стенке [11]. Этот метод не вызывает натяжения ЖП и возникновение связанного с этим болевого синдрома. В случае выпадения дренажной трубки края раны ЖП плотно смыкаются и не вызывают желчеистечения в брюшную полость.

Как отечественные, так и зарубежные авторы отмечают эффективность ХС. Однако, особенности манипуляции, связанные с лапаротомией, ревизией, дренированием и фиксацией ЖП к брюшной стенке, иногда делают эту операцию не менее сложной, продолжительной и опасной, чем холецистэктомия [7, 15]. Паллиативный характер этой операции, высокая послеоперационная летальность (6,2% до 23%), необходимость повторных операций побудили многих хирургов резко сократить показания к ее выполнению, и применять ее только как "операцию отчаяния" [3, 11, 21, 35].

В последние годы декомпрессия ЖП приобрела большую популярность в связи с разработкой методов пункционной ХС (лапароскопической и чрескожной под УЗ-контролем).

Лапароскопическая холецистостомия. Лапароскопическая холецистостомия (ЛХС) у больных пожилого и старческого возраста может быть использована как первый этап лечения при: высоком риске перфорации из-за деструктивно-инфильтративных изменений стенки ЖП, степень которых оценивается визуально [6, 12, 18, 34]; при феномене «висячего» ЖП, заполненного более чем на 2/3 камнями; при асците и перитоните.

Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия. Альтернативой хирургической ХС в последние годы стала чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под УЗ-контролем [4, 9, 12, 17, 29, 30, 38].

Многие хирурги для ЧЧМХС используют одномоментную методику Hawkins, заключающуюся в дренировании ЖП катетером-гармошкой (диаметр 6.5 Fr) на игле Hawkins (1998). Для одномоментной ЧЧМХС также может быть использован J-образный катетер на стилете [17, 18, 34, 36, 40]. Некоторые авторы

предпочитают производить ЧЧМХС двухмоментно по методике Сельдингера, вводя в ЖП Pigtail-катетер или баллонный катетер диаметром 7-8 Fr [9, 17, 18].

К преимуществам ЧЧМХС относят следующие: 1) не требуется использование общей анестезии; 2) выполняется без наложения пневмоперитонеума; 3) осуществление ЧЧМХС требует меньшего количества времени; 4) наличие инфильтрата в подпеченочном пространстве не ухудшает визуализацию стенки ЖП; 5) эхографический контроль снижает риск травмирования соседних органов [15, 17, 18, 23, 29, 30].

По данным А.С. Ермолова с соавт. (2005) ЧЧМХС при ОХ позволило повысить хирургическую активность с 64% до 75% и снизить летальность с 1,6 до 0,4% [18].

Еще одним малоинвазивным способом декомпрессии ЖП у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском является транспапиллярная эндоскопическая ретроградная холецистостомия [23, 28, 37]. По некоторым данным успех ее применения достигается в 86% случаев [15], хотя широкого распространения этот метод не нашел.

Пункции желчного пузыря. В конце 70-х годов для купирования ОХ была предложена лапароскопическая пункция ЖП с одномоментным промыванием его полости растворами антисептиков и введением антибиотиков [25]. Предложенный метод позволил максимально уменьшить число больных, оперируемых на высоте приступа, и проводить хирургическое вмешательство в "холодном" периоде, после дообследования и подготовки больных [8, 22, 39]. Послеоперационная летальность при использовании лапароскопической пункции ЖП была снижена до 5,3% [3, 11].

Однако помимо безусловной эффективности применения лапароскопической пункции, следует учитывать влияние ТН и пневмоперитонеума на пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Выполнение лапароскопической пункции имеет ряд технических особенностей, особые сложности возникают при: внутрипеченочном расположении ЖП; значительном нависании печени над ЖП; при высоком стоянии печени относительно реберной дуги; при спаечном процессе в подпеченочном пространстве; кроме того существует риск травмирования прилежащих органов, крово- и желчеистечения из мест прокола.

Лечебно-диагностическая пункция под УЗ-контролем - это еще один способ декомпрессии ЖП [22, 28, 32, 37]. Она может быть использова-

на с декомпрессионной целью как первый этап лечения, а также как окончательный метод лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией [3, 6, 21, 38]. Этот вид манипуляции может быть выполнен под местной анестезией, при необходимости может быть несколько раз повторен [15].

Эффективность использования метода оценивается по клиническим и эхографическим данным. К основным недостаткам данного метода относят риск возможного крово- и желчеистечения из мест пункции печени.

На настоящий момент методы мукоклазии развиваются в трех направлениях: химическая деструкция, термодеструкция, электродеструкция слизистой оболочки [18, 34, 38, 41].

С целью склерозирования полости ЖП путем химической деструкции его слизистой, ряд авторов в экспериментах применял 6% раствор уксусной кислоты, 95% раствор этанола, раствор Сатоу, 3% раствор натрия децилсульфата, горячий метризол [6, 17, 18, 26, 37]. В своих выводах они отмечают, что у 50% животных после проведения эксперимента сохраняется эпителий, а, следовательно, применение указанных склерозантов не позволяет добиться полной абляции слизистой оболочки ЖП.

С целью мукоклазии применялись и другие агенты: карболовая кислота, растворы перворумра, таннола, йодная настойка, нашатырный спирт, водные растворы нитрата серебра, препараты на основе фенола [12, 15, 20]. Наиболее эффективным оказалось использование 60% эмульсии фенола [18]; полная десквамация эпителиальной выстилки происходила к 4 суткам. В ряде работ было использовано сочетание 95% этилового спирта самостоятельно, или в различных сочетаниях с трифторуксусной кислотой, 3% р-ром тромбовара [12, 31], тетрациклина, трифторуксусной кислотой 2мл/л [19]. Однако все вышеперечисленные работы были выполнены у животных на интактных ЖП.

Предложенный авторами метод термодеструкции слизистой оболочки ЖП с использованием баллонного катетера с нагревательным элементом [40], предполагал предварительную облитерацию пузырного протока путем клипирования его во время лапароскопии, что равносильно операции Х с ее возможными рисками, а также риском разрыва баллона и повреждения стенки ЖП.

При применении химической или физической мукоклазии обязательным условием является «отключение» ЖП, с целью предотвращения травмы холедоха и внутрипеченочных протоков. С целью «отключения» ЖП были предложены следующие методы: электрокоагуляция

начального отдела пузырного протока и прилежащей части шейки [26, 31]; воздействие АИГ-лазера [33, 38]; клипирование протока [17, 38].

Таким образом, существуют различные способы мукоклазии ЖП. Разнообразие методов свидетельствует с одной стороны о перспективах данного направления, с другой, что ни один из них не решил до конца поставленную задачу. При изучении различных способов мукоклазии было установлено, что применение физических методов считается более предпочтительными, это связано с отсутствием токсического действия на организм и возможностью точного дозирования метода. Однако при описании своих методов авторы приводят различные данные о параметрах, времени экспозиции тех или иных агентов, что, в конечном счете, затрудняет использование данного метода мукоклазии. Также при оценке результатов применения различных методов следует учитывать отсутствие сообщения о моделировании в эксперименте острого обтурационного холецистита. Одним из наиболее серьезных недостатков многих методов является необходимость предварительного «отключения» ЖП путем электрокоагуляции или клипирования пузырного протока, что может привести ко многим осложнениям. При исследовании вышеописанных способов установлено, что ни один из них не позволяет осуществить объективный контроль процесса облитерации полости ЖП во время манипуляции.

Литература:

1. Арипов У.А., Исмаилов У.С. Изменение химического состава желчи при билиарной гипертензии // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2002. - Т. 7. - №. 2. - С. 39-44.
2. Алексеев А.М., Баранов А.И., Серебrenников В.В. Опыт приоритетного использования малоинвазивных холецистэктомий в лечении больных острым холециститом.
3. Брискин Б.С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2007. - Т. 13. - №. 3. - С. 15-19.
4. Багненко С. Ф., Мосягин В. Б., Карпова Е. А. Желчный перитонит как осложнение лапароскопической холецистэктомии // *Эндоскопическая хирургия*. - 2000. - Т. 2. - С. 6-7.
5. Быстров С.А. Обоснование метода оперативного лечения при осложнениях желчнокаменной болезни // *hospital*. - 2004. - С. 172-177.
6. Гудков Ф., Брискин Д. Сочетанные операции из минидоступа у больных мультифокальным атеросклерозом и желчнокаменной болезнью // *Хирургия*. - 2006. - С. 9.
7. Давлатов С.С. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-62 с.
8. Девятков А.В. и др. Синдром Мириizzi как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии // *Анналы хир гепатол.* - 2006. - Т. 11. - С. 3.
9. Добровольский С.Р., Нагай И.В., Иванов М.П. Холецистэктомия из мини-доступа при лечении больных с острым калькулёзным холециститом // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т. 10. - №. 2.
10. Ермолов А.С., Гуляев А.А. Острый холецистит: современные методы лечения // *Лечащий врач*. - 2005. - №. 2. - С. 16-18.
11. Ибраимов Д.С., Ниязбеков К.И. Холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни // *Хирургия Кыргызстана*. - 2007. - Т. 2. - С. 102-104.
12. Каримов Ш.И. и др. Выбор хирургического лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2004. - Т. 9. - №. 1. - С. 115-119.
13. Капшитарь А.В. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии из минидоступа при остром холецистите у лиц старше 60 лет // *Таврический медико-биологический вестник*. - 2012.
14. Кармацких А.Ю. Экспресс-диагностика и хирургическое лечение гнойно-деструктивных форм острого холецистита с применением традиционных операций и вмешательств из минидоступа : дис. - Екатеринбург : [Урал. гос. мед. акад.], 2005.
15. Капшитарь А.В. Мини-доступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте // *Український журнал хірургії*. - 2014. - №. 1. - С. 99-102.
16. Комарницкий В.М. Пункционные методы под УЗИ-контролем в лечении острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // *Автореферат дисс. на соиск. уч. ст. к. м. н.*, СПб. - 2008.
17. Колесников С.А., Захаров О.В., Захарченко О.Б. Открытая лапароскопия из мини-доступа в экстренной абдоминальной хирургии // *Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье*. - 2007. - №. 4.
18. Колесников С.А., Захаров О.В., Захарченко О.Б. Техничко-тактичеськєє інновации в малоінвазивній абдоминальній хірургії // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. - 2007. - №. 1. - С. 56-60.

18. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Желчнокаменная болезнь и его осложнение: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-90 с.
19. Мамедов Р.А. и др. Оптимизация лечения острого деструктивного холецистита путем применения минилапаротомного доступа, лазерного излучения и регионарной лимфотропной терапии // Клінічна хірургія. – 2012. – №. 12. – С. 13-15.
20. Никуленков С.Ю., Щеглов Н.М. Стратегия и тактика хирургического лечения острого холецистита, осложненного поражениями желчных протоков, у больных старше 70 лет // Главный редактор. – 2010. – Т. 5. – №. 4. – С. 41.
21. Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К методике оценки отдаленных результатов малоинвазивных методик хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 5. – С. 17.
22. Савельев В.С. и др. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Российского государственного медицинского университета. М. – 2006. – Т. 4. – С. 51.
23. Садовый П.Г. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп // Khirurgiia (Mosk). – 2011. – Т. 9. – С. 11.
24. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита // Вестник ВолгГМУ. – 2008. – №. 4. – С. 28.
25. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К проблеме осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 14. – №. 5. – С. 58-60.
26. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. Лапароскопическая холецистэктомия–конверсия. Проблема выбора доступа // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 4. – С. 15-17.
27. Теремов А., Зубеев А. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при миниинвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита // Хирургия. – 2006. – С. 2.
28. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Малоинвазивные вмешательства в лечении редких случаев обструкции желчевыводящих протоков fasciola hepatica // Врач. – 2010. – Т. 43. – №. 6.4.
29. Харламов Б.В. Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста //Дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. – 2007. – С. 13.
30. Харламов Г. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите //Хирургия. – 2008. – С. 6.
31. Шамирзаев Б. Н. Эндохирургическое лечение заболеваний желчного пузыря // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 5. – С. 28-32.
32. Catani M., Modini C. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: a proposal of safe and effective technique //Hepato-gastroenterology. – 2007. – Т. 54. – №. 80. – С. 2186-2191.
33. Gurusamy K. S., Samraj K. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Cochrane Database Syst Rev. – 2006. – Т. 4. – №. 4.
34. Hirota M. et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines // Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery. – 2007. – Т. 14. – №. 1. – С. 78-82.
35. Johansson M. et al. Randomized clinical trial of open versus laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis //British Journal of Surgery. – 2005. – Т. 92. – №. 1. – С. 44-49.
36. Kolla S.B. et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective randomized trial //Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques. – 2004. – Т. 18. – №. 9. – С. 1323-1327.
37. Lau H. et al. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. – 2006. – Т. 20. – №. 1. – С. 82-87.
38. Leardi S. et al. [Acute cholecystitis in patients over 70 years old] //Minerva chirurgica. – 2001. – Т. 56. – №. 5. – С. 501-506.
39. Schirmer B.D., Winters K.L., Edlich R. Cholelithiasis and cholecystitis // Journal of long-term effects of medical implants. – 2005. – Т. 15. – №. 3.
40. Siddiqui T. et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials // The American Journal of Surgery. – 2008. – Т. 195. – №. 1. – С. 40-47.
41. Yamashita Y. et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines // Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery. – 2007. – Т. 14. – №. 1. – С. 91-97.