



005048344

На правах рукописи

Аббасова Самира Фуад кызы

**Возможности видеоэндоскопического
хирургического лечения хронического
калькулезного холецистита у лиц
пожилого возраста**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат диссертации на соискание
ученой степени
кандидата медицинских наук**

17 ЯНВ 2013

МОСКВА - 2013

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии

ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Курбанов Фазиль Самедович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
кафедры экспериментальной
и клинической хирургии МБФ РГМУ

Горский Виктор Александрович

доктор медицинских наук,
зав. отделением хирургическим 1
ФГБУ «РНЦХ им. акад.
Б.В. Петровского» РАМН

Шестаков Алексей Леонидович

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России

Защита диссертации состоится «11» «февраля» 2013 года 13 ¹⁰
на заседании диссертационного совета (Д.212.203.09)
при ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Москва
(117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 8).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке
при ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов
(117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, дом 6).

Автореферат разослан «22» декабря 2012 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

М.Ю.Персов

Актуальность исследования

Повышение удельного веса представителей старших возрастных групп сегодня наблюдается во всех развитых странах мира. Доля лиц старше 65 лет в указанных странах составляет сейчас 10-15% от всей популяции, а к 20-м годам нынешнего столетия эта цифра удвоится. Предполагается, что наиболее быстро будет расти число старых людей, т.е. в возрасте 80 лет и более. Эта ситуация применима и к России, где пятую часть всего населения составляют люди пенсионного возраста, из них 11% — старше 80 лет (Лашик М.Г., 2002). Очевидно, что в этой группе возрастает число больных с тяжелыми хроническими заболеваниями и с высоким риском инвазивного, в том числе хирургического лечения. Одной из частых и угрожающих здоровью заболеваний у этих пациентов является желчнокаменная болезнь.

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью является, несомненно, тенденцией сегодняшнего дня, уступая по распространенности в популяции лишь атеросклерозу. Конкременты в желчном пузыре выявляются примерно у 10% взрослого населения, чаще у женщин в возрасте старше 40 лет, при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким. При этом отмечается рост заболеваемости по мере увеличения возраста. В результате, в возрастных группах от 60 до 70 лет популяционная частота желчнокаменной болезни может превышать 30% (Логинов А.С., с соавт., 2000; Дадвани С.А. с соавт. 2000; Захаров О.В., 2008; Timmer A. et all., 2000; Gurusamy K.S., 2006).

В этой связи, хирургическое, в первую очередь, лапароскопическое лечение желчнокаменной болезни сохраняет сегодня свою несомненную актуальность. Однако существуют категории больных, у которых возможность лапароскопической операции подвергалась и продолжает подвергаться сомнению. К таким категориям относят больных старших возрастных групп с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, а также с серьезными сопутствующими заболеваниями, у которых часто прибегают к открытому традиционному доступу. На сегодняшний день показания к применению малотравматичных лапароскопических хирургических методик у этих больных, выбор варианта и техники вмешательства продолжают обсуждаться.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью старших возрастных групп.

Для выполнения поставленной цели были определены следующие задачи:

Задачи исследования

1. Изучить непосредственные результаты хирургического лечения больных старшего возраста с хроническим калькулезным холециститом с применением различных хирургических методик в сравнении с больными более молодого возраста;

2. Провести сравнительный анализ эффективности хирургических вмешательств у больных старших возрастных групп с хроническим калькулезным холециститом из лапароскопического и лапаротомного доступов;
3. Определить показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии у больных с хроническим калькулезным холециститом старшей возрастной категории;
4. Уточнить возможность и целесообразность лапароскопической холецистэктомии как этапа сочетанной операции у больных пожилого возраста с хроническим калькулезным холециститом

Научная новизна работы

На большом клиническом материале впервые проанализированы результаты хирургического лечения больных различных возрастных групп с желчнокаменной болезнью с использованием видеоскопических технологий, в сравнении с больными, оперированными из традиционного доступа;

Обоснована возможность применения лапароскопического доступа у больных старших возрастных групп (старше 60 лет с желчнокаменной болезнью), оценены показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии у этих больных. Продемонстрировано, что возраст не оказывал непосредственного влияния на выбор доступа у больных старшего возраста;

Показано, что основными параметрами, влияющими на выбор доступа у больных старших возрастных групп с желчнокаменной болезнью, были тяжелые сопутствующие заболевания, осложнения основного заболевания, требующие комбинированного вмешательства на органах гепатобилиарной зоны, необходимость выполнения сочетанной операции на органах брюшной полости и малого таза.

Практическая значимость работы

На основании проведенного сравнительного исследования определены четкие критерии отбора больных старших возрастных групп, которым возможно выполнение лапароскопического вмешательства.

Определены параметры операционно-анестезиологического риска у больных старшего возраста с желчнокаменной болезнью, при которых выполнение лапароскопического вмешательства не сопровождается увеличением частоты осложнений и продолжительности лечения.

Изучены показания к выполнению хирургического вмешательства из лапаротомного доступа больных старшей возрастной группы, оценены причины развития осложнений и увеличения сроков послеоперационного лечения.

Внедрение в практику

Основные положения диссертации используются в практической работе хирургического отделения ГБ №17 г. Москвы (клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ГОУ ВПО Российского университета дружбы народов).

Апробация работы

Апробация работы проведена 27 сентября 2012 года на совместной научной конференции кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов и сотрудников ГБУЗ ГБ 17 ДЗМ.

Материалы конференции были доложены на:

1. Конференции молодых ученых "Виноградовские чтения" (г. Москва, 2011 год)
2. Конференции, посвящённой 80-летию М.И.Гульмана (г. Красноярск, 2011 год)
3. XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology (Baku, 13-16 October 2011)

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, том числе 3 – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Положения, выносимые на защиту

Проведен анализ результатов лечения 221 больного с хроническим калькулезным холециститом, с выделением групп больных старшего возраста, оперированных из лапароскопического и традиционного лапаротомного доступов.

Обоснована возможность и определены четкие показания и противопоказания к выполнению лапароскопической холецистэктомии у больных старших возрастных групп.

Указано место традиционной холецистэктомии у больных с хроническим калькулезным холециститом старших возрастных групп.

Показана возможность выполнения сочетанных лапароскопических операций у больных старших возрастных групп.

Структура и объем диссертации

Материал диссертационной работы изложен на 118 страницах, проиллюстрирован 8 диаграммами, 4 рисунками и 19 таблицами. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследования, главы о полученных результатах, обсуждение полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. В список литературы включены 162 источников, из них 77 отечественных и 85 иностранных авторов.

Содержание диссертационной работы

Материал и методы исследования

Работа была основана на оценке результатов лечения больных старшей возрастной группы с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, прошедших лечение в ГБУЗ ГБ №17 ДЗМ г. Москвы и НУЗ ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД (клинические базы кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии ГОУ ВПО Российского университета дружбы народов) за период с 2001 по 2011 годы. В работе больные старшего возраста, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (1 группа), были изучены в сравнении с другими группами больных. В группы сравнения были объединены больные старших возрастов, которым была выполнена традиционная холецистэктомия (2 группа) и больные младших возрастов, с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, перенесшие лапароскопическое вмешательство (3 группа).

В качестве пограничного критерия был принят возраст 60 лет, то есть к старшей возрастной группе были отнесены больные 60 лет и старше (пожилого и старческого возраста), к группе больных младших возрастов – пациенты до 59 лет включительно.

Характеристика клинических наблюдений.

В исследование были включены 221 больной, в том числе 20 мужчин и 201 женщина в возрасте от 23 до 84 лет. Среди этих больных 132 были в возрасте 60 лет и более и составили 1 и 2 группы, остальные 89 больных, в возрасте до 59 лет включительно, вошли в группу больных младшего возраста (3 группа).

Распределение больных по вышеназванным группам и их сравнительная характеристика с указанием соотношения полов и среднего возраста (а также возрастных диапазонов) показано в таблице №1.

Таблица №1

Сравнительная характеристика исследуемых групп

	1 группа	2 группа	3 группа
Всего больных	76	56	89
Мужчин/женщин	6/70	14/42	8/81
Возраст (ср.)	65,2±1,0 (от 60 до 80 лет)	74,4±1,1 (от 68 до 84 лет)	44,8±1,0 (от 23 до 59 лет)

Основным заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей, послужившим показанием к операции, была желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Больные с этой патологией соста-

вили основу настоящего исследования. Осложнения желчнокаменной болезни при поступлении были выявлены у существенного числа больных, однако их соотношение в группах было различным. Так, в 1 группе хронический калькулезный холецистит без осложнений был отмечен у 90,1% больных, во 2 группе у 35,7% и в 3 группе – у 97,8% больных.

Распределение больных по группам с учетом соотношения основного диагноза и выявленных осложнений показано в таблице №2.

Таблица №2

Основной диагноз и осложнения основного заболевания

	1 группа	2 группа	3 группа
Хронический калькулезный холецистит	32	42	88
Хронический калькулезный холецистит. Сморщенный пузырь	1	-	-
Стриктура БДС. Билиарная гипертензия. Механическая желтуха.	-	2	1
Холедохолитиаз. Стриктура БДС. Билиарная гипертензия.	-	4	-
Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Индуративный панкреатит	-	3	-
Холедохолитиаз. Билиарная гипертензия. Холецистостомия.	-	1	-
Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Пузырнодуоденальный свищ. Наружный желчный свищ.	-	1	-
Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Холецистохоледохоальный свищ.	-	1	-
Механическая желтуха. Хронический билиарный панкреатит.	-	1	-

Группа больных, перенесших традиционное вмешательство, существенно отличалась от остальных групп больных по числу и характеру осложнений, а также по степени выраженности воспалительных изменений желчного пузыря. Среди осложнений заболевания, выявленных во 2 группе, холедохолитиаз был у 5 больных, стриктура БДС у 3 больных, холецистохоледохоальный свищ у 1 и пузырнодуоденальный свищ у 1 больного. Вторая группа существенно отличалась от остальных групп по числу боль-

ных с желтухой, как в анамнезе, так и при поступлении. Признаки желтухи в этой группе были выявлены у 50% больных. В 1 группе таких больных не было, в 3 группе желтуха была у 1 больного (1,1%). Сочетание двух или более воспалительных осложнений встречалось нередко, поэтому их число превышало общее количество больных 2 группы.

Клиническая симптоматика желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита отмечалась у большинства больных во всех представленных группах в настоящем исследовании. Болевые приступы, как в анамнезе, так и при поступлении, отмечали 71,4% больных 1 группы, 64,3% больных 2 группы и 61,8% больных 3 группы ($p \geq 0,05$).

Продолжительность заболевания у больных 1 группы была максимальной, находясь в пределах от 1 года до 25 лет, во 2 группе этот показатель был в пределах от 1 года до 20 лет, в 3 группе - от 1 года до 15 лет. Различия по средней продолжительности заболевания между 1 и 3 группами были достоверны ($p < 0,05$).

Сопутствующие заболевания были у 53 больных в 1 группе (69,7%), у 55 больных 2 группы (98,2%) и у 53 больных 3 группы (59,6%). Преобладали больные с патологией сердца и желудочно-кишечного тракта. У ряда больных в процессе предоперационного обследования были выявлены сопутствующие заболевания, требующие хирургического лечения. Части из них, в результате, были выполнены сочетанные вмешательства.

В настоящем исследовании все больные первой и второй групп соответствовали II и III классам ASA, однако их распределение по группам и возрастным категориям больных было различным (диаграмма №1).

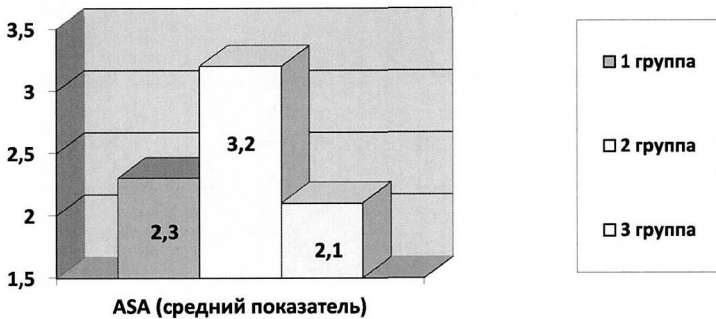


Диаграмма №1 Средний показатель ASA

Можно видеть, что средний показатель такого параметра, как ASA существенно отличается в группах больных, относящихся к старшим возрастным категориям. Больные первой группы отличались существенно меньшим параметром ASA, то есть наличием компенсированных и не тяжелых сопутствующих заболеваний, сравнительно с больными 2 группы. В то же время, средний параметр ASA в группах больных, оперированных из

лапароскопического доступа, был, фактически, одинаков ($p \geq 0,05$), хотя средний возраст отличался в 1,5 раза.

Различные операции на органах брюшной полости и малого таза были выполнены, до настоящего поступления, у 31 больных 1 группы (40,8%), у 18 больных 2 группы (32,2%) и у 29 больных 3 группы (32,6%), части больных были выполнены две и более операции. Наиболее частыми вмешательствами были аппендэктомия и операции на органах малого таза.

Данные лабораторных исследований подтверждают ранее сформулированные различия между группами. Наиболее существенные изменения, говорящие о наличии воспалительного процесса, гипербилирубинемии и холестаза (желтухи), обострения хронического панкреатита отмечены у больных второй группы. Больные первой и третьей групп по средним показателям лабораторных параметров различались несущественно.

Инструментальное предоперационное обследование включало, помимо общеклинического (ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания и пр.), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эндоскопическую оценку верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Значительные обструктивные вентиляционные нарушения при спирометрии были выявлены у одной больной первой группы с бронхиальной астмой, тем не менее, не явившиеся противопоказанием к наложению карбоксиперитонеума и выполнению лапароскопического вмешательства. Дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей выявило нестенозирующий атеросклероз у одной больной второй группы, а также эхопризнаки варикозного расширения вен в бассейне большой подкожной вены слева и малой подкожной вены справа у одной больной третьей группы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, преимущественно гепатобилиарной зоны, показало существенное преобладание больных с осложнениями желчнокаменной болезни, в том числе с расширением общего желчного протока, признаками билиарной гипертензии и с холедохолитиазом во 2 группе.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) при поступлении была выполнена 5 больным 2 группы, в возрасте от 71 до 81 года. Стриктура большого дуоденального сосочка явилась показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в предоперационном периоде у 2 больных. У одной больной ЭПСТ была выполнена, несмотря на наличие интрапапиллярного дивертикула с деформацией и сужением дистальных отделов общего желчного протока. У второй больной неоднократные попытки канюляции протока не удались по техническим причинам.

Подтвержденный при ЭРПХГ холедохолитиаз явился показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии еще у двух больных этой группы. В первом случае при контрастном исследовании у больной, 71 года,

помимо конкрементов желчного протока, был обнаружен холецистохоледохеальный свищ. Для предоперационного разрешения желтухи больной была выполнена типичная папиллосфинктеротомия длиной 12 мм с раскрытием устья общего желчного протока и адекватным поступлением желчи в двенадцатиперстную кишку. Еще в одном случае, у больной 81 года, с клиникой холедохолитиаза, механической желтухой и холангитом при инструментальном обследовании (ЭРХПГ) было выявлено расширение внепеченочных желчных протоков до 2,5-3,0 см. После ЭПСТ из общего желчного протока были извлечены два крупных конкремента.

Еще одной больной этой группы за несколько месяцев до поступления была наложена холецистостома и выполнено дренирование подпеченочного пространства. При ЭРХПГ была выявлена тень конкремента до 1,0 см в диаметре в расширенном до 1,5 см общем желчном протоке. После папиллосфинктеротомии конкремент из терминального отдела протока был удален.

В 3 группе ЭРХПГ потребовалось лишь в одном случае, у больной 28 лет, у которой при поступлении были выявлены признаки механической желтухи, обострения хронического панкреатита. Больным 1 группы ЭПСТ и ЭРХПГ в предоперационном периоде не выполнялась.

Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта потребовалось ряду больных во всех группах, как составляющая предоперационного обследования. Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена 28 больным первой группы (84,8%), всем больным второй группы и 78 больным третьей группы (87,6%). У большинства больных во всех группах были выявлены воспалительные изменения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, что потребовало проведения курса медикаментозной терапии в предоперационном периоде.

Колоноскопия была выполнена 4 больным первой группы, 3 больным второй группы и 1 больному третьей группы. В двух случаях была выявлена долихосигма, ещё в двух – единичный полип ректосигмоидного отдела толстой кишки. Эндоскопическое исследование толстой кишки, выполненное у больных второй группы, в двух случаях обнаружило полип кишки, в двух – дивертикул толстой кишки. У больного первой группы выявлены эндоскопические признаки хронического колита.

Компьютерная томография была выполнена у 2 больных первой группы. У одной больной данное исследование позволило подтвердить наличие образования почки (ангиомиолипомы), у второй – выявило миоматозный узел. У двух больных второй группы компьютерная томография подтвердила наличие билиарной гипертензии, холедохолитиаза. Кроме того, у одной больной была выявлена киста печени, у второй – признаки хронического панкреатита. Еще в одном случае были обнаружены кисты обеих почек, ангиомиолипомы левой почки. Компьютерная томография, выполненная у двух больных третьей группы, не выявила иной патологии, кроме желчнокаменной болезни.

Полученные данные обработаны методами вариационной статистики Фишера-Пирсона χ^2 для номинальных данных, при общепринятом уровне значимости = 0,05. Для расчета достоверности различий в результатах использовали критерий Фишера для малых выборок. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистический анализ основывали на результатах компьютерной обработки данных (Microsoft Excel 2010; Microsoft Corporation, USA).

Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости была выполнена всем больным первой группы. В 10 случаях потребовался переход на лапаротомию (13,1%). Причинами отказа от лапароскопического вмешательства стал выраженный спаечный процесс в верхних отделах живота после ранее выполненных операций у 5 больных, воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря у 4 больных.

В одном случае при наложении на пузырный проток клипсы произошел надрыв стенки общего желчного протока, что потребовало выполнения верхнесрединной лапаротомии, ушивания дефекта стенки протока и дренирования общего желчного протока по Пиковскому. Этот случай мы рассцениваем как единственное интраоперационное осложнение у больных 1 группы (1,3%).

Варианты выполненных операций у больных второй группы представлены в таблице №3.

Таблица №3

Операции, выполненные у больных второй группы

Характер выполненных вмешательств	Количество больных
Холецистэктомия. Дренирование подпеченочного пространства.	45
Холецистэктомия. Дренирование общего желчного протока. Дренирование подпеченочного пространства.	6
Холецистэктомия. Холедоходуоденостомия. Дренирование подпеченочного пространства.	3
Мукоклазия желчного пузыря по Прибраму. Дренирование общего желчного протока. Дренирование и тампонирование подпеченочного пространства.	1
Мукоклазия желчного пузыря по Прибраму. Дренирование подпеченочного пространства.	1

Холецистэктомия, дренирование подпеченочного пространства были выполнены 8 больным. Трем больным была выполнена холедоходуоденостомия по Юрашу. Еще в двух случаях холецистэктомия была выполнена в сочетании с дренированием общего желчного и печеночного протоков по Керу и по Пиковскому.

Еще у одной больной, 76 лет, которой была выполнена мукоклазия желчного пузыря по Прибраму, дренирование общего желчного протока было проведено по Холстеду. У этой больной было единственное интраоперационное осложнение во 2 группе (7,1%), во время вмешательства отмечена диффузная кровоточивость из ложа желчного пузыря, общая кровопотеря составила 400,0 мл, что потребовало тампонирования подпеченочного пространства.

У больных третьей группы лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 87 случаях (97,8%). У одной больной, 57 лет, при ультразвуковом исследовании, помимо признаков хронического калькулёзного холецистита (были выявлены множественные конкременты от 0,4 до 1,0 см) было, также, обнаружено расширение общего желчного протока до 1,5-2,0 см. У этой больной холецистэктомия была дополнена дренированием общего желчного протока по Пиковскому, после перехода к лапаротомному доступу (частота конверсии - 1,1%).

Время, необходимое для выполнения хирургического вмешательства, является важной характеристикой, так как продолжительность операции и степень нанесенной больному анестезиологической и хирургической травмы находятся в прямой зависимости. Это обстоятельство особенно актуально для больных пожилого и старческого возраста, с большим количеством сопутствующих заболеваний.

Сроки операции учитывались от момента разреза до завершения кожного шва. В первой группе время операции колебалась от 35 до 175 минут, во второй группе – от 75 до 235 минут и в третьей группе - от 35 до 275 минут. Среднее время операции на желчевыводящих путях в 1 группе составило 89,5 мин, во 2 группе – 116,2 мин и в 3 группе – 94,8 мин. Таким образом, продолжительность хирургического вмешательства в группе больных старших возрастных групп, перенесших лапароскопическое вмешательство (первая группа), фактически не отличалась ($p \geq 0,05$) от этого параметра у больных младшего возраста (третья группа). Большая продолжительность операции во второй группе объясняется более сложными вариантами хирургических вмешательств, которые потребовались этим больным.

Общая продолжительность лечения пациентов второй группы ($27,7 \pm 3,3$ суток) была существенно выше, чем в первой и в третьей исследуемых группах, где этот параметр, фактически, не отличался ($13,1 \pm 0,6$ суток и $9,4 \pm 0,3$ суток соответственно). Сроки предоперационной госпитализации в первой и в третьей группах составили $6,6 \pm 0,7$ и $1,9 \pm 0,2$ суток, во второй группе - $13,8 \pm 2,7$ суток. Минимальные сроки предоперационного обследования в третьей группе вполне объяснимы, так как в этой группе были сосредоточены больные младших возрастных категорий, без серьезных сопутствующих заболеваний. Напротив, достоверно большая продолжительность этого этапа госпитализации во второй группе ($p < 0,05$), в сравнении с первой и третьей группами, была связана с необходимостью дополнительного обследования в связи с сопутствующими заболеваниями,

либо проведение курса консервативного лечения в связи с обострением основного или сопутствующего заболеваний. Сроки послеоперационного лечения показаны в таблице №4.

Сроки пребывания в стационаре больных, перенёсших лапароскопическое вмешательство, после операции практически не отличались ($6,7 \pm 0,5$ суток в первой группе и $7,5 \pm 0,3$ суток в третьей группе). Время лечения больных во второй группе ($13,7 \pm 2,2$ суток) было достоверно выше ($p < 0,01$). Очевидно, что тяжесть сопутствующих заболеваний, сказавшаяся в предоперационном периоде, отразилась и на сроках госпитализации после операции и потребовала дополнительного лечения больных этой группы. Еще одной причиной следует считать травматичность самого вмешательства из традиционного доступа. Срок послеоперационного лечения больных, перенесших изолированную холецистэктомию из лапаротомного доступа, без дополнительного вмешательства на общем желчном протоке и без необходимости выполнения сочетанного вмешательства составил $12,2 \pm 2,1$ суток, недостоверно отличаясь от этого параметра для всей группы и в два раза превышая средний койко-день в группах после лапароскопического вмешательства ($p < 0,01$). Кроме того, причинами задержки больного в стационаре после выполненного вмешательства были послеоперационные осложнения.

Таблица №4

Продолжительность послеоперационной госпитализации (сутки)

	1 группа	2 группа	3 группа
Послеоперационная госпитализация (средняя)	$6,7 \pm 0,5$	$13,7 \pm 2,2$	$7,5 \pm 0,3$
Послеоперационная госпитализация (мин. – макс.)	3-15	8-45	3-20

Общее число больных с осложнениями в раннем послеоперационном периоде было невелико, они развились у 7 больных (3,2%) во всех изученных группах. В 1 группе, у больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационных осложнений не было. Осложнения были отмечены у 1 больной этой группы, которой понадобился переход к лапаротомии (1,3%). В одном случае, на 12 сутки после вмешательства у больной развился поверхностный тромбофлебит правой голени, потребовавший дополнительного медикаментозного лечения. Осложнения отмечены у четырех больных во второй группе и у двух больных в третьей группе, что составило 7,1% и 2,2% соответственно (диаграмма № 2).

Различия между группами существенны и не случайны, причины их, в значительной степени, оценены в предыдущем разделе, касающемся разбора сроков госпитализации и реабилитации больных разных групп. Ста-

тистическую оценку различий не проводили из-за серьезной разницы в количестве пациентов, составляющих эти группы больных. Кроме того, эти группы не были сопоставимы по таким параметрам, как средний возраст и количество сопутствующих заболеваний.

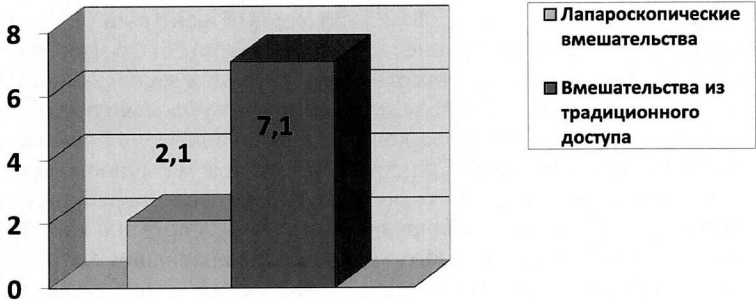


Диаграмма №2 Частота послеоперационных осложнений (%)

Во второй группе мы столкнулись с осложнениями у 4 больных. В первом случае, больной 68 лет, страдающей, помимо хронического калькулёзного холецистита, гипертонической болезнью 2 степени, ожирением 2 степени, ревматоидным полиартритом, а также пупочной грыжей, из лапаротомного доступа были выполнены холецистэктомия, ликвидация грыжи и пластика передней брюшной стенки с использованием собственных тканей, дренирование подпеченочного пространства. Кроме того, было выполнено и дренирование подкожной клетчатки. В послеоперационном периоде была выявлена инфицированная гематома послеоперационной раны, что потребовало ревизии раны, ее санации и дополнительного дренирования, а также повторных перевязок. В результате, продолжительность послеоперационной госпитализации составила 26 суток, то есть была в 1,5 раза больше среднего показателя для этой группы.

Таким образом, выбор доступа, в значительной мере, определил развитие осложнения у данной больной. Большой размер раны, значительная операционная травма, большая масса подкожно-жировой клетчатки явились фоном для развития гематомы и для ее инфицирования. В тех группах больных, где выполнялось лапароскопическое вмешательство на желчевыводящих путях (и где больных было почти на порядок больше), с таким осложнением, как развитие гематомы и инфицирование послеоперационной раны не встречались ни разу. Нагноение послеоперационной раны осложнило течение послеоперационного периода у еще одной больной, страдающей сахарным диабетом и ожирением.

У второй больной, поступившей с диагнозом желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит, синдром Мириizzi, билиодигестивный свищ, холедохолитиаз, механическая желтуха было выполнено разобщение свища, ушивание дефекта двенадцатиперстной кишки, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока по Холстеду. Во

время операции отмечалась диффузная кровоточивость ложа желчного пузыря, произведена мукоплазия по Прибраму, дренирование и тампонирование подпеченочного пространства. В послеоперационном периоде потребовались релапаротомии, санации подпеченочного пространства, повторные дренирования общего желчного протока и брюшной полости в связи с развившимися осложнениями (подтекание желчи, внутрибрюшное кровотечение). Общая продолжительность лечения больной после операции составила 45 суток.

Еще в одном случае, больному 61 года, поступившему с хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом, билиарной гипертензией была выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, наложение холедоходуоденоанастомоза и дренирование общего желчного протока по Пиковскому. Через 5 суток после операции больному потребовалась релапаротомия и ревизия брюшной полости для извлечения фрагмента зонда, обломившегося в тощей кишке. Была выполнена энтеротомия, удаление инородного тела и наложение подвешной еюностомы. Кроме того, интраоперационно выявлены признаки точечной несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, брюшная полость дополнительно дренирована. В дальнейшем, течение послеоперационного периода осложнилось тромбозом глубоких вен левой голени и тромбозом мелких ветвей легочной артерии, что было подтверждено скинтиграфически. Проводилась консервативная медикаментозная терапия. Дальнейшее течение послеоперационного периода без осложнений, общая продолжительность послеоперационного койко-дня более 30 суток.

В третьей группе мы столкнулись с осложнениями в раннем послеоперационном периоде у 2 больных. В одном случае послеоперационный период осложнился появлением симптоматики острого панкреатита, что потребовало дополнительного консервативного лечения и задержало выписку больной на 9 суток. Во втором случае, как и во второй группе, у больной после лапароскопической холецистэктомии и дренирования общего желчного протока по Пиковскому развилась перитонеальная симптоматика в ранние сроки после вмешательства. При ревизии брюшной полости была обнаружена миграция дренажа из общего желчного протока, подтекание желчи в свободную брюшную полость. Потребовалась санация брюшной полости, повторное дренирование общего желчного протока. Этой больной была выполнена релапаротомия с переустановкой дренажа общего желчного протока.

Выполнение сочетанных операций потребовалось больным во всех группах, однако число их было различным (3,0% в первой группе, 19,6% во второй группе и 2,2% в третьей группе). Представленный опыт сочетанных операций в описываемых группах больных невелик, однако, simultaneous вмешательства у больных, которым была выполнена лапароскопическая операция, оказались выполнимы без интраоперационных и послеоперационных осложнений и увеличения сроков госпитализации.

У больных старшего возраста, которым было выполнено вмешательство из традиционного доступа, сочетанные операции потребовались, по существу, каждому пятому. Нами показано, что даже не очень сложные и непродолжительные операции, выполненные одномоментно с основным вмешательством, у этих больных несут дополнительные риски развития осложнений. Сочетанные лапароскопические операции практически не изменили продолжительность послеоперационного лечения, которая у этих больных составила 7,7 суток, то у больных второй группы средний срок послеоперационного лечения был равен 22,7 суткам, то есть значительно превышал средний показатель для всей группы больных, оперированных из традиционного доступа.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия может быть эффективно выполнена в старших возрастных группах больных с желчнокаменной болезнью. Лапароскопическая холецистэктомия у этих больных сопровождается низкой частотой переходов на лапаротомию, а также интраоперационных и послеоперационных осложнений.
2. Возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных старших возрастных групп с желчнокаменной болезнью должна быть основана на тщательном отборе пациентов с учетом основных прогностических факторов, таких как наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, а также осложнений основного заболевания.
3. Основанием для отбора больных старших возрастных групп с желчнокаменной болезнью для выполнения лапароскопической холецистэктомии является предоперационная оценка операционного и анестезиологического риска, с подтверждением отсутствия сопутствующих заболеваний, либо наличия компенсированных сопутствующих заболеваний.
4. Наличие осложнений желчнокаменной болезни у больных старших возрастных групп, особенно требующих дополнительного вмешательства на внепеченочных желчных протоках, должно явиться основанием для выбора варианта операции из традиционного доступа.
5. Сочетанные вмешательства у больных старших возрастных групп с желчнокаменной болезнью, которым по их общему состоянию может быть произведена лапароскопическая операция, осуществимы без интраоперационных и послеоперационных осложнений и без увеличения сроков госпитализации. В группе больных старшего возраста, оперированных из традиционного доступа, выполнение сочетанных вмешательств увеличило сроки лечения.

Практические рекомендации

1. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у большинства пациентов с хроническим калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста. Для выявления возможных противопоказаний к выполнению лапароскопического вмешательства в предоперационном периоде эти больные должны быть тщательно обследованы.
2. Основное внимание при обследовании этих больных следует уделять наличию тяжелых сопутствующих заболеваний (главным образом сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта), а также осложнений желчнокаменной болезни. Предоперационная подготовка должна включать, также, проведение курсового консервативного лечения в связи с обострением основного или сопутствующего заболеваний.
3. Критерием оценки для отбора больных для лапароскопического вмешательства может служить классификация степени анестезиологического риска (ASA). Лапароскопическая холецистэктомия у больных с хроническим калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста показана при наличии компенсированных сопутствующих заболеваний.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Аббасова С.Ф. Возможности лапароскопической холецистэктомии у больных старших возрастных групп // Конференция молодых ученых "Виноградовские чтения", 28.04.2011 г. - С. 5-6.
2. Аббасова С.Ф. Влияние доступа на продолжительность лечения больных с желчнокаменной болезнью в различных возрастных группах // Конференция молодых ученых "Виноградовские чтения", 28.04.2011г. - С. 6-7.
3. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Конференция, посвящённая 80-летию М.И.Гульмана, г. Красноярск, 2011г., С. 207-208
4. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф. Laparoscopic cholecystectomy in patients at elderly and old age // XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 13-16 October 2011. - С. 138-139.
5. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф., Сушко А.Н., Малахов А.В. Видеоэндоскопические технологии в лечении больных желчнокаменной болезнью старших возрастных групп // Азербайджанский научно-практический журнал «Surgery». – 2011. - №4. - Стр.5-7.
6. Аббасова С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп (обзор литературы) // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. - №9. – С. 83-85.
7. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф., Добровольский С.Р., Сушко А.Н., Рамазанова А.Р. Видеоэндоскопическое хирургическое лечение желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. - №12. – С. 44-46.
8. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф., Алиев Ю.Г., Сушко А.Н., Добровольский С.Р. Холецистэктомия из лапароскопического доступа у

больных старшего возраста // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2012. - №9. – С. 38-41.**

9. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф., Алиев Ю.Г. Хирургическое лечение больных старшего возраста с желчнокаменной болезнью // Азербайджанский научно-практический журнал «Surgery». – 2012. - №3. - С.3-6.

Аббасова Самира Фуад кызы (Россия)

**Возможности видеоэндоскопического хирургического лечения
хронического калькулезного холецистита у лиц пожилого возраста**

Основу диссертационной работы представляет анализ результатов обследования и комплексного хирургического лечения 221 пациентов с хроническим калькулезным холециститом. Выполнено сравнение группы больных старшей возрастной группы, оперированных из лапароскопического доступа, с пациентами этой же возрастной группы, которым были выполнены вмешательства из традиционного доступа, а также с больными младшей возрастной группы. Отбор больных старших возрастных групп для выполнения лапароскопической холецистэктомии был основан на оценке операционного и анестезиологического риска, отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, а также осложнений желчнокаменной болезни, требующих дополнительного вмешательства на внепеченочных желчных протоках. Выявлены преимущества лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого возраста, в частности, малая степень хирургической травмы, низкая частота осложнений, маловыраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, хороший косметический эффект, быстрая реабилитация. Обоснована возможность выполнения сочетанных вмешательств у этих больных.

Samira F. Abbasova (Russia)

**Opportunities of videoendoscopic surgical treatment of chronic calculous
cholecystitis in elderly**

The basis of this article is the analysis of complex surgical treatment results of 221 patients with chronic calculous cholecystitis. A comparison of patients of older age group, operated from laparoscopic approach, with patients in the same age, who underwent the traditional intervention, as well as with patients younger age group was performed. The selection of patients of older age groups for laparoscopic cholecystectomy was based on an assessment of the operational and anesthetic risks, absence of serious associated diseases and complications of gallstone disease requiring additional intervention on the extrahepatic bile ducts. The advantages of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients were, in particular, the low degree of surgical trauma, the low incidence of complications, small pain in the postoperative period, a good cosmetic effect and rapid rehabilitation. A possibility of simultaneous surgery in these patients was justified.

Отпечатано в типографии МГУ
119991, ГСП-1, г. Москва,
Ленинские Горы, д.1, стр.15
Заказ № 1778. Тираж 100 экз.