

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 18, №4

2019



УДК 616.366-003.7-089.87-053.8

14.01.17 Хирургия

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА© **Оморов Р.А.¹, Айтикеев А.У.¹, Алиев М.Ж.², Токтосунов А.С.¹**¹*Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика, 720020, Бишкек, ул. Ахунбаева, 92*²*№1 городская клиническая больница, Кыргызская Республика, Бишкек, 720054, ул. Ю. Фучика 15**Резюме*

Цель. Оценить сравнительные результаты малоинвазивных методов лечения желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста.

Методика. Под наблюдением находились 2 группы больных: 1-я холецистэктомия из минилапаротомного у 132 больных и 2-я группа из лапароскопического доступа у 106, все больные были старше 60 лет с сопутствующими патологиями. При остром холецистите профилактика включала введение антибиотиков внутримышечно, применение ультравысокочастотного магнитного поля на послеоперационную рану и ингаляционный вид терапии верхних дыхательных путей (3-4 сеансов).

Результаты. Воспалительные осложнения выявлены после холецистэктомии с минилапаротомным доступом у 10 (7,6%), летальный исход у 1 (0,7%), а во 2-й группе лапароскопической холецистэктомии у 7 (6,6%), летальность 1 (0,9%).

Заключение. Эндовидеохирургический вид лечения является более щадящим методом, но должно учитываться сочетанные болезни, показания и противопоказания. В оперативном лечении ЖКБ у больных старшего возраста можно использовать как минилапаротомный доступ, так и эндовидеохирургическое вмешательство. Не следует противопоставлять один метод другому, так как оба метода должны выполняться с учетом противопоказаний и тщательным выполнением техники этапов операций. Сопутствующие патологии являются ценным показателем при подготовке больных к операции.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, летальность, ультравысокочастотное магнитное поле, ингаляция

MINIMALLY INVASIVE METHODS IN THE TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE IN OLDER PATIENTSOmorov R.A.¹, Aitikeev A.U.¹, Aliyev M.Zh.², Toktosunov A.S.¹¹*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, 92, Akhunbaeva St., 720020, Bishkek, Kyrgyz Republic*²*City Clinical Hospital N1,15, Yu. Fuchika St., 720054, Bishkek, Kyrgyz of Republic**Abstract*

Objective. To evaluate the comparative results of minimally invasive methods of treatment of cholelithiasis in the elderly and senile patients.

Methods. Under observation there were 2 groups of patients: 1st group included 132 patients with cholecystectomy from minilaparotomic access and 2nd group –106 patients with cholecystectomy from laparoscopic access; all patients were aged over 60 years with concomitant pathologies. In acute cholecystitis, prophylaxis included the administration of antibiotics intramuscularly, the ultrahigh-frequency magnetic field of the surgical wound and the inhalation therapy of the upper respiratory tract (3-4 sessions).

Results. Inflammatory complications were identified after cholecystectomy with mini-appliance access in 10 cases (7.6%), fatal outcome – in 1 (0.7%), and in the 2nd group from laparoscopic cholecystectomy in 7 cases (6.6%), mortality – in 1 case (0.9%).

Conclusions. Endovascular surgical treatment is a more mild method, but combined diseases, indications and contraindications should be taken into account.

In surgical treatment of cholelithiasis in older patients, both mini-apparatus access and endovascular surgery can be used. In our opinion, one method should not be opposed to another, since both methods should be performed taking into account contraindications and thorough implementation of the technique of the stages of operations. Concomitant pathologies are a valuable indicator in preparing patients for surgery.

Keywords: gallstone disease, minilaparotomy, laparoscopic cholecystectomy, complications, mortality, ultrahigh-frequency magnetic field, inhalation

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) распространённое заболевание во многих странах мира и большинство исследователей отмечают ее рост в последующие годы [4-7]. В лечении этого заболевания многие хирурги отдают предпочтение минилапаротомной и лапароскопической холецистэктомии, как менее травматичному вмешательству [1-3, 8]. У больных молодого и среднего возраста эти методики используются довольно широко, но что касается больных старшего возраста, то эти сообщения в основном освещают частоту осложнений, особенно при использовании эндовидеохирургических вмешательств.

Цель исследования – оценить результаты малоинвазивных методов лечения больных ЖКБ пожилого и старческого возраста.

Методика

Оперативное лечение выполнено у 238 больных ЖКБ, из них женщин составили 186, мужчин – 52, большинство больных были пожилого возраста в сравнении со старческим.

По полу и возрасту, давности заболевания обе группы были равнозначны, а по характеру процесса более тяжелая была группа больных, которым холецистэктомия произведена из минилапаротомного доступа. Из числа поступивших острый холецистит имел место у 79 больных, хронический у 159, среди них были деструктивные формы калькулезного холецистита у 21 (%) (гангренозный холецистит – 8, местный перитонит – 9, перивезикулярный абсцесс – 4) больного и у 4 (%) холедохолитиаз.

Сопутствующие заболевания обнаружены у 223 (93%) поступивших (преимущественно была сердечно-сосудистая патология и хронические бронхолегочные заболевания).

В обследовании больных использовали данные объективного исследования, общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), определение печеночных и почечных тестов, ЭКГ, УЗИ, с особым вниманием на размеры желчного пузыря, желчных протоков, толщину стенок пузыря, количество конкрементов и их локализацию, обзорную рентгенографию грудной клетки, при неясных случаях провели КТ, МРТ органов брюшной полости и консультацию кардиолога или терапевта. Результаты исследования обработаны с вычислением относительных величин (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, у 132 холецистэктомия выполнена из минилапаротомного доступа (5-6 см), с использованием ранорасширителей и осветительной системы [4, 6]. Из этого доступа выполняли холецистэктомию как при хроническом, так и при остром холецистите.

Противопоказанием для этого типа операции был разлитой перитонит, при остром холецистите, а при хроническом – синдром Мириizzi. По характеру заболевания эта группа больных в сравнении с лапароскопической была более тяжелой. Типы операций и характер осложнений даны в таблице.

Таблица. Типы операций и характер осложнений у больных старшего возраста при минилапаратомном доступе

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения					
	абс.ч.	%	плеврит	пневмония	ЧНА	нагноение раны	инфильтрат	ОИМ
Холецистэктомия	128	97,0	1	1	-	-	3	1
Холецистэктомия + внутреннее дренирование	2	1,5	-	-	1	1	-	-
Холецистэктомия + наружное дренирование	2	1,5	-	-	-	1	1	-
Всего	132	100,0	1	1	1	2	4	1

Примечание: ЧНА – частичная несостоятельность анастомоза; ОИМ – острый инфаркт миокарда

При хроническом холецистите больные получали периоперационную антибиотикопрофилактику (за 60 мин. до начала кожного разреза и к концу операции, цефазолин).

При деструктивных формах холецистита назначали цефтриаксон на протяжении 4-5 сут. [5], а в послеоперационном периоде независимо от формы холецистита, начиная со вторых суток ультравысокочастотное магнитное поле на область послеоперационной раны (3-4 сеанса) и ингаляции верхних дыхательных путей с целью профилактики воспаления.

По литературным данным приводятся осложнения в послеоперационном периоде [1, 5] и наше исследование то же указывает, что [6] в данной группе минилапаратомным доступом в послеоперационном периоде осложнения возникли у 10 больных (7,6%), у 4-х инфильтрат раны, нагноение раны у 2-х, 1 плеврит, который излечен плевральной пункцией, частичная несостоятельность анастомоза у 1-го, по одному пневмония и инфаркт миокарда, которые излечены к концу выписки из стационара.

При использовании минилапаротомного доступа у 4-х больных, у которых ЖКБ была осложнена холедохолитиазом, двум из них выполнена холедохолитотомия с наружным дренированием по Вишнеvesкому. Холецистэктомия с внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову) выполнена у 2-х, так как имело место наличие мелких замазкообразных конкрементов в холедохе. У 3-х больных затруднений с выполнением дренирования холедоха не было, у одного возникла необходимость в расширении раны. После холецистэктомии с внутренним дренированием на 7 сут. после операции возникла частичная несостоятельность швов анастомоза, повторная операция не выполнялась, так как дренажи обеспечивали адекватное дренирование, и несостоятельность самостоятельно зажила.

Летальность в этой группе была одна, и обусловлена острым инфарктом миокарда, который возник на 5 сут. после операции по поводу острого гангренозного холецистита. Больному было 86 лет, длительное время страдал общим атеросклерозом, принятые меры лечения в отношении острого обширного инфаркта миокарда оказались не эффективными в результате чего больной умер. Среднее пребывание в стационаре всей группы больных составило 8,0±0,91 койко-дней.

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена нами у 106 больных. В этой группе так же преобладали женщины и лица пожилого возраста. Противопоказанием к выполнению этого типа операции служило ожирение 3-4 степени, сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации и в анамнезе перенесенные операции по поводу разлитого перитонита, а при остром холецистите учитывали и давность заболевания (не более 3 сут.) [2, 4].

Анализ результатов данной группы показал, что осложнения имели место у 7-ми (6,6%) больных (кровотечение – 1, желчеистечение – 1, острый панкреатит – 1 и еще у одного острая почечная недостаточность, инфильтрат троакарных ран выявлен у 2, острая сердечнососудистая и дыхательная недостаточность у 1-го больного). Возникшее кровотечение было кратковременным, не более 150 мл. и было остановлено гемостатической терапией, желчеистечение у 1-го больного, которое с течением времени уменьшилось, и на 7 сутки прекратилось, при контрольном УЗИ наличие жидкости в брюшной полости не было. Более сложным было течение послеоперационного панкреатита, признаки которого появились уже в первые сутки после операции, ему назначены ингибиторы ферментов поджелудочной железы, длительная антибактериальная и инфузионная терапии [4, 8], что позволило предотвратить прогрессирование процесса. При возникшей почечной недостаточности так же удалось предотвратить ее

прогрессирование. Один больной умер от полиорганной недостаточности, развившейся в результате компартмент-синдрома, повторных операций не было. Среднее пребывание в стационаре составило $6,2 \pm 0,37$ койко-дней.

Заключение

В лечении желчнокаменной болезни у больных старшего возраста можно использовать как минилапаротомный доступ, так и эндовидеохирургическое вмешательство. При малоинвазивных доступах в лечении желчнокаменной болезни у больных старшего возраста частота осложнений и летальности почти на одинаковом уровне. Не следует противопоставлять один метод другому, так как оба метода должны выполняться с учетом противопоказаний и тщательным выполнением техники этапов операций. Минилапаротомный доступ имеет меньше противопоказаний по сравнению с лапароскопическим.

Литература (references)

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Издательский дом Видар, 2006. – 568 с. [Galperin, E.I., Vetshev P.S. *Rukovodstvo po hirurgii zhelchnyh putey*. Biliary Surgery Guide. – Moscow, 2006. – 568 p. (in Russian)]
2. Григорьев Н.С., Сидаренко А.Б., Лобаков А.И. Лапароскопическая холецистэктомия при полном обратном расположении внутренних органов // Альманах клинической медицины. – 2016. – №40. – С. 138-140. [Grigorev N.S., Sidarenko A.B., Lobakov A.I. *Almanah klinicheskoy mediciny*. Almanac of clinical medicine. – 2016. – N40. – P. 138-140. (in Russian)]
3. Луцевич О.Э., Толстых М.П., Вторенко В.И. Хронический калькулезный холецистит у больных при полном обратном расположении органов // Хирургия. – 2017. – №3. – С. 97-101. [Lucevic O.E., Tolstyh M.P., Vtorenko V.I. *Hirurgiya*. Surgery. – 2017. – N3. – P. 97-101. (in Russian)]
4. Мамакеев М.М., Абдуллаев Д.С., Тилеков Э.А. Опыт лапароскопической холецистэктомии // Хирургия рубежа XX и XXI века: Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. Бишкек. – 2000. – С. 369-371. [Mamakееv M.M., Abdullaev D.S., Tilekov E.A. *Hirurgiya rubezha XX i XXI veka: Materialy III kongressa hirurov Kyrgyzskoy Respubliki*. Surgery at the turn of the 20th and 21st centuries: Materials of the III Congress of Surgeons of the Kyrgyz Republic. Bishkek, 2000. – P. 369-371. (in Russian)]
5. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Бурова Е.А. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. – 2013. – №10. – С. 41-44. [Nesterenko Yu.A., Mihajlusov S.V., Burova E.A. *Hirurgiya*. Surgery. – 2013. – N10. – P. 41-44. (in Russian)]
6. Оморов Р.А., Авазов Б.А., Бейшенбаев Р.К. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, падающие технологии // Maxima. – Бишкек, 2009. – 128с. [Omorov R.A., Avasov B.A., Beyshenbayev R.K. *Maxima*. Maxima – Bishkek, 2009. – 128 p. (in Russian)]
7. Potier R., Reineau O. Obstructive cholelithiasis and cholecystitis in a Kinkajou (potos flavus) // Journal of Zoo and Wildlife Medicine. – 2015. – V.46, N1. – P. 175-178.
8. Zanghi A., Cavallaro A., DiMattia P. Laparoscopic cholecystectomy: ultrasonic energy versus monopole electro-surgical energy // Journal European Review for Medical and Pharmacological Sciences. – 2014. – V.18, N2. – P. 54-59.

Информация об авторах

Оморов Рахатбек Арзыбекович – член-корреспондент Национальной академии наук, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. E-mail: Rahatbekomorov@mail.ru

Айтикеев Адилет Усенович – аспирант кафедры факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. E-mail: aitike_89@mail.ru

Алиев Муса Жумашиевич – кандидат медицинских наук, врач хирургического отделения №1 городской клинической больницы, Кыргызская Республика, г. Бишкек. E-mail: musa-aliev-69@mail.ru

Токтосунов Арсен Сапарбекович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. E-mail: arsen_toktosunov@mail.ru