Холецистэктомия из лапароскопического доступа у больных старшего возраста

Д.м.н., проф. Ф.С. КУРБАНОВ, С.Ф. АББАСОВА, Ю.Г. АЛИЕВ, к.м.н. А.Н. СУШКО, д.м.н.,проф. С.Р. ДОБРОВОЛЬСКИЙ

The laparoscopic cholecystectomy in elderly patients

F.S. KURBANOV, S.F. ABBASOVA, YU.G. ALIEV, A.N. SUSHKO, S.R. DOBROVOL'SKY

Кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии (зав. — проф. Ю.В. Таричко) Российского университета дружбы народов; ГБ №17, Москва

В статье приводятся результаты хирургического лечения больных старшей возрастной группы. Было 142 больных с желчнокаменной болезнью в возрасте от 23 до 84 лет. Выделены группы больных старшего возраста, перенесших холецистэктомию из видеоэндоскопического и традиционного доступов, а также группа больных моложе 60 лет, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Показано, что лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена у большинства больных пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью. Возможности лапароскопических вмешательств у этих больных ограничены осложненным характером основного заболевания и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: больные старшего возраста, лапароскопическая холецистэктомия.

The laparoscopic cholecystectomy in elderly patients. The treatment results of 142 patients with the cholelithiasis aged 23–84 years are represented. The operated patients were divided in two groups: those, younger 60 years; and the older patients, who were operated on laparoscopically. The authors proved, the the majority of the senile patients can be operated on laparoscopically.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, elderly patients.

Введение

Видеоэндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни сохраняет несомненную актуальность, лапароскопическая холецистэктомия в течение многих лет считается «золотым стандартом». На сегодняшний день 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. Тем не менее у больных старших возрастных групп возможность лапароскопической операции подвергается сомнению, в то время как эти больные составляют 25—46,1% всех больных, поступающих в стационары с острым холециститом [1, 2]. На сегодняшний день показания к применению лапароскопических методик у этих больных продолжают обсуждаться.

Цель настоящего исследования — оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии больным старшего возраста.

Материал и методы

Работа основана на оценке результатов лечения больных старшей возрастной группы в ГБ №17 Москвы (клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом детской хирургии Российского университета дружбы народов) за период с 2007 по 2011 г. Основную (1-ю) группу составили больные старшего возраста, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В группы сравнения были объединены больные старшего возраста, которым была выполнена традиционная холецистэктомия (2-я), и больные младшего возраста, с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, перенесшие лапароскопическое вмешательство (3-я).

В качестве пограничного был принят возраст 60 лет, т.е. к старшей возрастной группе были отнесены больные 60 лет и старше (пожилого и старческого возраста), к младшей возрастной группе — больные до 59 лет включительно.

В исследование вошли 142 больных в возрасте от 23 до 84 лет, в том числе 12 мужчин и 130 женщин

© Коллектив авторов, 2012

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012

Khirurgiia (Mosk) 2012; 9: 38

119620 Москва, ул. Волынская, 7

Таблица 1. **Сравнительная характеристика исследуемых групп**

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Всего больных	33	20	89
Мужчин/женщин	0/33	4/16	8/89
Возраст, годы	65,2±1,0 (60—80)	74,4±1,1 (68—84)	44,8±1,0 (23—59)

Таблица 2. **Основной диагноз и осложнения основного заболевания**

Основной диагноз и осложнения	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Хронический калькулезный холецистит	30	10	87
Хронический калькулезный холецистит, обострение	1	—	1
Хронический калькулезный холецистит. Сморщенный пузырь	1	—	—
Хронический калькулезный холецистит, обострение. Эмпиема желчного пузыря	1	1	—
Стриктура большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Билиарная гипертензия. Механическая желтуха	—	2	1
Холедохолитиаз, механическая желтуха. Холангит. Индуративный панкреатит	—	2	—
Холедохолитиаз. Билиарная гипертензия. Холецистостомия	—	1	—
Стриктура большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Холедохолитиаз. Билиарная гипертензия	—	1	—
Хронический билиарный панкреатит. Механическая желтуха	—	1	—
Пузырно-дуоденальный свищ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Наружный желчный свищ.	—	1	—
Холецистохоледохеальный свищ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха	—	1	—

(табл. 1). Среди этих больных 53 были в возрасте 60 лет и старше (1-я и 2-я группы), остальные 89 больных в возрасте до 59 лет включительно вошли в группу младшего возраста (3-ю).

Основными заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, послужившими показанием к операции, были желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. Острый воспалительный процесс, осложнения желчнокаменной болезни при поступлении были выявлены у существенного числа больных, однако их соотношение в группах было различным. Так, в 1-й группе хронический калькулезный холецистит вне обострения и осложнений был отмечен у 90,1% больных, во 2-й — у 35,7% и в 3-й группе — у 97,8% больных. Распределение больных по группам с учетом соотношения основного диагноза и выявленных осложнений показано в **табл. 2**.

Сопутствующие заболевания были у 20 (60,6%) больных в 1-й группе, у 13 (65,0%) больных 2-й группы и у 53 (59,6%) больных 3-й группы. Характер основных сопутствующих заболеваний отражен в **табл. 3**, причем у большинства больных во всех группах эти заболевания имели сочетанный характер. Из приведенной таблицы можно видеть, что преобладали больные с заболеваниями сердца и желудочно-кишечного тракта. У ряда больных в процессе предоперационного обследования были выявлены сопутствующие заболевания, требующие хирургического лечения. Некоторым из них были выполнены сочетанные вмешательства.

Клиническая симптоматика отмечалась у большинства больных во всех представленных в настоящем исследовании группах **(табл. 4)**.

Болевые приступы в анамнезе или при поступлении отмечало практически одинаковое число больных во всех группах. В 1-й группе было 66,7%, во 2-й — 64,3% и в 3-й группе — 61,8% больных с приступообразным течением заболевания. Желтуху ранее отмечали 50,0% больных во 2-й группе и 1 (1,1%) больной в 3-й группе. В 1-й группе пациентов, ранее перенесших желтуху или поступивших с признаками желтухи, не было.

Средняя продолжительность заболевания больных 1-й группы составила 7,0±1,2 года (от 1 года до 25 лет), во 2-й группе — 5,8±1,7 года (от 1 года до 20 лет) и в 3-й группе — 3,3±0,3 года (от 1 года до 15 лет).

Результаты и обсуждение

Лапароскопическую холецистэктомию больным 1-й и 3-й групп выполняли по стандартной методи-

Таблица 3. **Сопутствующие заболевания**

Сопутствующие заболевания	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Гипертоническая болезнь I стадии	—	—	9
Гипертоническая болезнь II стадии	18	9	23
Хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения	6	10	4
Пароксизмальная форма мерцательной аритмии	1	—	—
Распространенный атеросклероз	5	7	2
Недостаточность митрального клапана	—	1	—
Хронический гастрит	12	10	32
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	3	2	7
Хронический панкреатит	5	2	4
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	1	1	6
Ожирение I степени	—	—	7
Ожирение II—III степени	5	1	9
Сахарный диабет 2-го типа	2	4	4
Мочекаменная болезнь	1	1	4
Хронический цистит	—	—	2
Хронический пиелонефрит	—	—	3
Хронический бронхит	—	1	4
Бронхиальная астма	1		
Варикозное расширение вен нижних конечностей	1		7
Хронический наружный геморрой	2	3	8
Полип толстой кишки	3	1	
Дивертикул толстой кишки	—	2	—
Остеохондроз	1	—	6
Диффузные изменения щитовидной железы	1	—	3
Дисциркуляторная энцефалопатия	1	2	—
Миома матки	1	—	3
Артроз коленного сустава	—	2	—
Прочие	6	4	5

Таблица 4. **Клиническая симптоматика**

Симптомы	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Боли в правом подреберье	32	14	83
Горечь во рту	15	6	20
Метеоризм	3	2	6
Расстройства стула	2	2	10
Тошнота, рвота	1	1	2
Прочие	3	6	1

ке и завершали дренированием брюшной полости. В этих группах переходов на лапаротомию не было. Интраоперационных осложнений у больных 1-й группы не наблюдали, в 3-й группе в 1 (1,1%) наблюдении во время операции отметили развитие кровотечения из ложа желчного пузыря, что потребовало лапаротомии для его остановки.

Холецистэктомия из традиционного доступа явилась основным вмешательством у больных 2-й группы. Двум больным, кроме того, из-за выраженного инфильтративно-спаечного процесса в ложе желчного пузыря потребовалась мукоплазия слизистой желчного пузыря по Прибраму. Операции на желчевыводящих путях были выполнены больным с холедохолитиазом, в том числе дренирование общего желчного протока 3, наложение холедоходуоденоанастомоза по Юрашу 2. Одной больной 2-й группы, помимо дренирования общего желчного протока, потребовалось тампонирование подпеченочного пространства из-за диффузной кровоточивости ложа желчного пузыря (общая кровопотеря составила 400 мл). Таким образом, интраоперационное осложнение было зафиксировано в 1 (5,0%) наблюдении.

В 1-й группе послеоперационных осложнений не было. У 2 (10,0%) больных 2-й группы отмечены осложнения в послеоперационном периоде, в том числе у 1 подтекание желчи по дренажу из брюшной полости до 1200 мл в сутки (дренаж общего желчного протока не функционировал), этой больной были выполнены релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Через 10 сут после повторной операции у больной развилось внутрибрюшное кровотечение, потребовалась ревизия подпеченочного пространства, остановка кровотечения, дренирование, тампонирование подпеченочного пространства. Дальнейший послеоперационный период осложнился развитием метаболических и водно-электролитных нарушений, анемии, эндогенной интоксикации, проводилась их длительная коррек-

ция. Инфицирование послеоперационной раны отмечалось у 2 больных. Летальных исходов не было.

В 3-й группе послеоперационные осложнения развились у 2 (2,2%) больных. У 1 больной развился острый панкреатит, успешно леченный консервативно. Диффузный желчный перитонит осложнил течение послеоперационного периода вследствие миграции дренажа из общего печеночного протока у 1 больного. Были выполнены лапаротомия, дренирование общего желчного протока по Пиковскому, санация и дренирование подпеченочного пространства. Дальнейшее течение без особенностей.

Продолжительность лечения, в том числе время послеоперационного периода, существенно различалась в описываемых группах, составив 7,5 сут в 1-й группе, 16,9 сут во 2-й и 7,4 сут в 3-й группе больных ($p<0,05$).

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена большинству больных, вошедших в настоящее исследование, треть из них были старше 60 лет. Анализ результатов продемонстрировал, что для успеха лапароскопической операции в старшем возрасте требуется тщательный отбор больных по двум основным направлениям. В первую очередь хороших результатов удалось добиться у больных без серьезных сопутствующих заболеваний, а также с неосложненным течением желчнокаменной болезни. Не случайно, и средний возраст больных 1-й группы был меньше, чем больных 2-й группы.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия оказалась выполнима, причем с хорошими непосредственными результатами, у большинства больных старшего возраста с желчнокаменной болезнью, поступивших для лечения в хирургический стационар. Это обстоятельство представляется нам значимым, так как в последние годы отмечается тенденция к росту числа больных пожилого и старческого возраста, поступающих в хирургические стационары с клинической картиной холецистита, в том числе острого. По данным Б.В. Харламова [5], от 80 до 100% больных этой возрастной категории страдают тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, операционно-анестезиологический риск и частота послеоперационных осложнений у них высоки [3, 4] и оценка возможностей лапароскопического доступа очень важна. Разумеется, важны дальнейшие исследования для уточнения показаний и противопоказаний к лапароскопическому доступу у этих больных, разработка безопасных режимов вмешательства, а также схем предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Наша точка зрения находит поддержку у других авторов. В частности, C. Chau и соавт. [7] считают, что лапароскопическая холецистэктомия является безопасной процедурой у пожилых больных с острым холециститом, J. Bingener и соавт. [6] показали, что результаты лапароскопической холецистэктомии у больных от 65 до 70 лет сравнимы с таковыми у молодых пациентов. Эти авторы подтверждают важность ранней диагностики и предоперационной подготовки для получения хороших результатов лапароскопического лечения больных старших возрастных категорий. A. Tambyraja и соавт. [8] получили низкий процент осложнений, выполняя лапароскопическую холецистэктомию больным 80 лет и старше с желчнокаменной болезнью.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена большинству больных пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью. Тем не менее возможности лапароскопических вмешательств у этих больных ограничены осложненным характером основного заболевания и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Балалыкин А.С., Авалиани М.В., Шукшина И.В.* Эндоскопический способ лечения острого калькулезного холецистита. Хирургия 1990; 10: 38—42.
2. *Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д.* Лапароскопическая холецистэктомия. М 1992; 64.
3. *Кузнецов Н.А., Игнатенко С.Н., Бронтвейн А.Т., Родоман Г.В., Харитонов С.В.* Современные технологии лечения острого холецистита. Сборник научных трудов к 60-летию ГКБ №13 «Актуальные вопросы практической медицины». М: РГМУ 2000; 77—87.
4. *Левитэ Е.М., Феденко В.В., Константинов В.В.* Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии — современное состояние проблемы. Эндоскоп хир 1995; 2: 48—54.
5. *Харламов Б.В.* Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2007.
6. *Bingener J., Richards M.L., Schwesinger W.H., Strodel W.E., Sirinek K.R.* Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? Arch Surg 2003; 138: 5: 531—535.
7. *Chau C.H., Tang C.N., Siu W.T., Ha J.P., Li M.K.* Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis: retrospective study. Hong Kong Med J 2002; 8: 6: 394—399.
8. *Tambyraja A.L., Kumar S., Nixon S.J.* Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients 80 years and older. World J Surg 2004; 28: 8: 745—748.

Поступила 20.05.12