

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Копылов В.В.¹, Капралов С.В.¹, Урядов С.Е.¹, Стекольников Н.Ю.²,
Однокозова Ю.С.²

¹Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», Саратовский филиал, Саратов, Россия (410012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, 10)

²Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения России, Саратов, Россия (410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112), e-mail: nimph2008@yandex.ru

Проблема лечения желчекаменной болезни у больных старших возрастных групп остается одной из актуальных в лечении холелитиаза ввиду высокой частоты осложненного течения и неблагоприятных исходов заболевания. Выполнение этапных малоинвазивных вмешательств при желчекаменной болезни у данной категории больных позволяет существенно улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения. В статье представлены отдаленные результаты использования диапевтических эхоконтролируемых методик в лечении острого холецистита у 295 больных высокого операционного риска. Так, несмотря на ближайшие положительные исходы открытой холецистэктомии в остром периоде болезни, отдаленные результаты нельзя считать удовлетворительными – уже в течение 1 года летальность составляет 14,7%, в то время как в группе больных, лечившихся с применением малоинвазивных УЗ-контролируемых методик, 7%. При этом в группе неоперированных больных 23,6%. Использование активной хирургической тактики у больных старших возрастных групп, включающей выполнение по определенным показаниям малоинвазивных декомпрессионных эхоконтролируемых вмешательств, позволяет снизить послеоперационную летальность до 3,7% и общую летальность до 1,8%, при этом консервативная тактика наименее оправданна, поскольку пятилетняя выживаемость не превышает 2,7%.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилой возраст.

MINIMALLY INVASIVE SURGERIES OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS - A LONG-TERM STUDY

Kopylov V.V.¹, Kapralov S.V.¹, Uryadov S.E.¹, Stekolnikov N.Y.²,
Odnokozova Y.S.²

¹Samara Medical Institute "REAVIZ" Saratov branch Saratov, Russia (410012, Saratov, street Verhny rynek, 10)

²Saratov State Medical University VI Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112)

The problem of treating gallstones in patients of older age groups is one of the urgent treatment of cholelithiasis due to the high frequency of complicated disease and adverse outcomes. Performing landmark minimally invasive interventions for gallstones in these patients can significantly improve both the nearest and long-term outcomes. The article presents the results of long-term use of a diaplectic ultrasound techniques in the treatment of acute cholecystitis in 295 patients at high surgical risk. So despite the positive outcomes coming open cholecystectomy in acute illness, long-term results cannot be considered satisfactory - in 1 year mortality rate is 14.7%, while in the group of patients with the use of minimally invasive ultrasound controlled methods of 7%. In the non-operated group 23.6% of patients. Using active surgical tactics in patients of older age groups, including execution for certain indications of minimally invasive decompression under ultrasound interventions to reduce postoperative mortality to 3.7% and the overall mortality rate to 1.8%, while the least conservative tactics justified because the five-year survival rate is less than 2.7%.

Keywords: acute cholecystitis, advanced age.

Введение. Среди всех больных с острым холециститом (ОХ) больные пожилого и старческого возраста составляют от 26,4 до 66%. Как правило, это больные, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам [3]. Вопрос о хирургической тактике в

группе таких больных остается открытым, при этом единогласным является позиция минимизации объёма хирургического вмешательства, при этом и здесь мы можем встретить совершенно противоположные точки зрения. Активное внедрение лапароскопии, совершенствование оборудования и оперативной техники не всегда позволяет придерживаться активной тактики именно у данной категории больных [2]. Однако этапный подход в лечении острого холецистита у больных старческого возраста с применением диапневтических методик находит все больше сторонников с каждым годом [4; 6], а по мере отработки манипуляции все больше клиник принимают мини-инвазивные декомпрессионные методики в качестве стандарта помощи пациентам высокого операционного риска [5]. По нашему мнению, наиболее весомым аргументом в пользу применения того или иного метода хирургического лечения всегда являлось изучение отдалённых результатов. Именно отдаленные результаты определяют конечные преимущества той или иной хирургической тактики. Накопленный опыт малоинвазивных вмешательств при остром холецистите позволяет нам провести первый анализ отдаленных результатов.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных ОХ старших возрастных групп с высоким операционно-анестезиологическим риском путем оптимизации хирургической тактики на основе изучения отдаленных результатов лечения.

Материал и методы. В клинике в 2006-2013 годах находились 1458 пациента с ОХ, причем 47,7% (699) из них составляли люди старшей возрастной группы. К старшим возрастным группам в соответствии с рекомендациями ВОЗ относили больных пожилого (65-75 лет), старческого (76-89 лет) возрастов, а также долгожителей (старше 90 лет). В процессе исследования разрабатывалась и внедрялась методика малоинвазивного декомпрессионного метода лечения больных острым холециститом. Соответственно проспективно сформировались три группы больных. Основную группу составили 89 пациентов, в лечении которых были применены малоинвазивные декомпрессионные методики лечения. Первая группа сравнения была представлена 163 оперированными больными. Во второй группе сравнения оказались 79 неоперированных человек, получавших только медикаментозную терапию.

В исследовании применяли классификацию В.М. Буянова и соавт., (1994) [1], предполагающую выделение 4 эхосиндромов (классов) острого холецистита. Распределение больных в соответствии с классификацией В.М. Буянова представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных

в зависимости от возраста и клинико-сонографической характеристики

Клинико-сонографические классы	Возраст больных	ВСЕГО
--------------------------------	-----------------	-------

	пожилой	старческий	долгожители	
I ОХ без деструкции стенки	167	165	3	335
II Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений	116	71	1	184
III ОХ с перивезикальным инфильтратом или абсцессом	101	60	3	164
IV ОХ с распространенным перитонитом	6	5	1	12
ВСЕГО	390	301	8	699

В первой и четвертой клинико-сонографических группах нет тактической неопределенности. Пациенты без признаков деструкции желчного пузыря не нуждаются в экстренной операции. Показания к хирургическому лечению у них имеются, однако операция может быть отложена или отменена в связи с течением общесоматической патологии. При перитоните, наоборот, не возникает сомнений в необходимости экстренной операции по жизненным показаниям, несмотря на тяжесть сопутствующих заболеваний. Результаты таких операций признать удовлетворительными нельзя, однако и отказаться от их выполнения совершенно невозможно. Проблема выбора лечебной тактики существует у больных второго и третьего клинико-сонографических классов.

С 2006 года пациентам пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском выполняли малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ с постепенным уточнением показаний и приобретением врачебного опыта и мастерства. Малоинвазивные манипуляции под ультразвуковым контролем в литературе обозначаются терминами «ультразвуковая диапевтика» или «навигационная хирургия» [1]. Выполняли чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧД) с помощью иглы Chiba 15,5G и pig-tail катетера. Диаметр катетера 9 F позволял быстро и без трудностей эвакуировать содержимое даже при наличии некротического детрита. Сокращение объема ЖП контролировали при ультразвуковом сканировании. Убеждались в отсутствии кровотечения или желчеистечения, сканируя подпеченочное пространство и правый боковой канал. Зафиксировав дренаж к коже двумя капроновыми швами, присоединяли к нему устройство для постоянной вакуум-аспирации. После установки микрохолецистостомического дренажа традиционную консервативную терапию острого холецистита сочетали с промыванием полости желчного пузыря растворами антисептиков и антибиотиков. Считали диапевтические мероприятия не показанными при сморщенном желчном пузыре, а также при полном заполнении его просвета конкрементами.

Для выработки объективного критерия, позволяющего судить о переносимости операции, произведен математический анализ данных критериальных шкал (APACHE II, POSSUM) у оперированных пациентов. Для каждого пациента была определена тяжесть состояния перед операцией по указанным системам.

Результаты и обсуждение. Период 2006-2009 гг. характеризовался бессистемным периодическим применением эхоконтролируемых вмешательств у больных с острым холециститом. В этот период времени на лечении находились 215 пациентов старших возрастных групп с острым деструктивным холециститом II и III клинико-сонографических классов. Из них были оперированы 110 человек. Умерло 20 пациентов. Послеоперационная летальность составила 18,2%. В то же время с помощью малоинвазивных эхоконтролируемых технологий было пролечено 47 человек. Среди них умер лишь один пациент вследствие кровотечения из места пункции печени с последующей операцией. Накопленный к этому периоду опыт применения малоинвазивных эхоконтролируемых вмешательств позволял изменить лечебную тактику и требовал выработки определенных критериев, позволяющих отказаться от выполнения экстренных и срочных операций.

Для выработки объективного критерия, позволяющего судить о переносимости операции, произведен математический анализ данных критериальных шкал (APACHE II, POSSUM) у 110 оперированных пациентов. Для каждого пациента была определена тяжесть состояния перед операцией по указанным системам. С 2010 года считали выполнение ЧЧД показанным при острым деструктивным холецистите у больных старших возрастных групп при высоком операционно-анестезиологическом риске. Критерием отбора пациентов для их применения считали критериальные шкалы определения тяжести состояния и прогноза APACHE II и POSSUM. При оценке тяжести состояния больного более 18 баллов по шкале APACHE II и риск летального исхода более 50% баллов по шкале POSSUM, считали хирургическое лечение чрезмерно опасным и прибегали к выполнению малоинвазивных декомпрессионных вмешательств под эхосонографическим контролем. Консервативную терапию считали показанной при разрешении болевого и интоксикационного синдромов, улучшении ультразвуковой картины в течение 24 часов лечения.

В период 2010-2013 гг. на лечении в хирургических отделениях клиники находились 295 пациентов старших возрастных групп с острым деструктивным холециститом II и III клинико-сонографических классов. В связи с объективной оценкой степени тяжести больных и дифференцированным подходом к выбору хирургической тактики характер лечебных мероприятий в этот временной период изменился (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика лечебных мероприятий в клинические периоды наблюдения

Периоды клинического наблюдения	Основная группа	Первая группа сравнения	Вторая группа сравнения	ВСЕГО
2006-2009	47 (1)*	110 (20)	58 (1)	215 (22)
2010-2013	66	53 (2)	28	295 (2)
ВСЕГО	113 (1)	163 (22)	76 (1)	510 (24)

* – в скобках указаны умершие.

Анализ данных, представленных в таблице, показывает качественное изменение выбора тактики лечения пациентов старших возрастных групп с острым деструктивным холециститом. Уменьшилась доля больных, получавших консервативное лечение. Хирургическая активность снизилась незначительно, с 51 до 46,9%, но показания к выполнению операции были существенно скорректированы. Частота выполнения малоинвазивных лапароскопических вмешательств под эхонографическим контролем достоверно увеличилась с 21,8 до 37% ($p < 0,05$). При этом летальности в основной группе во II периоде вообще не отмечено, как не отмечено и тяжелых осложнений малоинвазивных декомпрессионных вмешательств. Послеоперационная летальность была снижена с 18 до 3,7% ($p < 0,05$). Главным результатом внедрения малоинвазивных лапароскопических вмешательств стало достоверное снижение общей летальности при остром деструктивном холецистите у больных старших возрастных групп с 10,2 до 1,8% ($p < 0,05$).

Анализ ближайших результатов лечения больных с острым холециститом старших возрастных групп показывает значительное преимущество использования малоинвазивных декомпрессионных эхоконтролируемых вмешательств перед традиционным хирургическим лечением.

Анализ отдаленных результатов лечения больных с острым холециститом старших возрастных групп показал значимую разницу в качестве жизни пациентов клинических групп наблюдения (табл. 3). В течение первого года наблюдения от нехирургических причин умерло 24 пациента первой группы сравнения (14,7%). Этот показатель достоверно выше аналогичного показателя у неоперированных больных ($p < 0,05$). Оперированные больные в течение первого года достоверно чаще умирали от сердечно-сосудистых заболеваний. Очевидно, что перенесенная операционная травма отрицательно сказывалась на степени компенсации сопутствующей патологии.

Таблица 3

Характеристика отдаленных результатов

Анализируемые показатели	Группы клинического наблюдения
--------------------------	--------------------------------

	основная группа (n=113)	первая группа сравнения (n=163)	вторая группа сравнения (n=76)
повторные обращения в течение 1-го года	1*	-	12*
повторные обращения в течение 3-х лет	6*	8	16*
умерло в течение 1-го года	8*	24*	18*
умерло в течение 3-х лет	23	48*	31
умерло в течение 5 лет	44	80*	74

* – разница показателей достоверна ($p < 0,05$).

Анализ повторных госпитализаций по поводу осложнений желчекаменной болезни показывает значимое преимущество малоинвазивных лапароскопических манипуляций. В первый же год наблюдения 12 неоперированных пациентов вновь поступили в хирургическую клинику с приступом острого холецистита, а всего в течение трех лет повторно был госпитализирован каждый пятый больной второй группы сравнения. Из этих 16 человек 12 были экстренно прооперированы по поводу осложнений желчекаменной болезни, и 8 из них умерли. В первой группе сравнения в течение 5 лет умерло практически 50% больных, что, вероятнее всего, говорит о непереносимости операционной травмы в старческом возрасте, несмотря на ближайшие, казалось бы, удовлетворительные результаты, при этом результаты консервативной тактики ещё более пессимистичные. Так, лишь 2 больных (2,7%) пережили 5-летний рубеж. В основной группе лишь 6 пациентов обращались за медицинской помощью повторно, оперирован был лишь один. Разница в отдаленных результатах лечения по сравнению со второй группой сравнения достоверна ($p < 0,05$).

Данные наблюдения показывают, что клиническое течение желчекаменной болезни у больных старших возрастных групп после эхоконтролируемых декомпрессионных вмешательств не сопровождается прогрессированием деструктивных изменений в желчном пузыре, а, напротив, имеет тенденцию к абортивному течению. На протяжении 5 лет нам удалось постоянно наблюдать 69 пациентов основной группы. У всех них отсутствуют клинические проявления желчекаменной болезни. При контрольных ультразвуковых исследованиях определяется сморщенный желчный пузырь без признаков перивезикальной инфильтрации. Таким образом, логично предполагать постепенное рассасывание инфильтрата с одновременной облитерацией пузырного протока, что у людей пожилого и старческого возрастов может расцениваться как благоприятный исход лечения желчекаменной болезни, не требующий выполнения опасных жизнеугрожающих операций.

Закономерным является вопрос о причинах улучшения состояния больных с фактически не устранённым патологическим очагом. Ряд больных, перенесших декомпрессионные методики, повторно госпитализированы в течение определённого времени в другие отделения (неврологическое, гнойно-хирургическое, кардиологическое), где были констатированы летальные исходы от осложненного течения атеросклероза, сахарного диабета и другой соматической патологии, при этом с момента вмешательства проявления манифестации острого холецистита не отмечалось. Поэтому нам удалось отследить ряд результатов по данным аутопсии. Так, из 7 больных на вскрытии отмечали наличие отключенного сморщенного, находящегося в рубцовых сращениях желчного пузыря, в одном случае пузырь не был отключенным и перипузырные сращения были умеренными.

Таким образом, ОХ сопровождается выраженным ССВР, что у больных старческого и пожилого возраста утяжеляет течение сопутствующей патологии, увеличивая риск летального исхода. Традиционное хирургическое лечение больных острым холециститом старших возрастных групп, соответствующее стандартам активной тактики, сопровождается общей летальностью 10,2% и послеоперационной летальностью 13,5%, при этом 5-летняя выживаемость остается на уровне 50%. Показанием к выполнению малоинвазивной эхоконтролируемой декомпрессии желчного пузыря у больных старших возрастных групп является наличие острого деструктивного холецистита II или III клинико-сонографических классов, по В.М. Буянову, при высоком операционно-анестезиологическом риске: превышении оценки тяжести состояния по шкале APACHE II выше 18 баллов; по шкале POSSUM риск летального исхода более 50%. Использование активной хирургической тактики у больных старших возрастных групп, включающей выполнение по определенным показаниям малоинвазивных декомпрессионных эхоконтролируемых вмешательств, позволяет снизить послеоперационную летальность до 3,7% и общую летальность до 1,8%, при этом консервативная тактика наименее оправдана, поскольку пятилетняя выживаемость не превышает 2,7%. Холецистэктомия, как операционная травма, на высоте приступа у больных с высоким операционным риском становится фактором, определяющим неблагоприятное течение отдаленного послеоперационного периода, несмотря на удовлетворительные ближайшие результаты. Результаты клинического наблюдения и аутопсий свидетельствуют о тенденции к ограничению и купированию локального воспаления наравне с общим при использовании разработанного подхода к лечению. Вопрос изучения патогенетических механизмов, обуславливающих подобное течение болезни, требует дальнейшего изучения, кроме того, требует исследования качества жизни больных

после диапневтических методов лечения, необходим поиск возможностей улучшения отдаленных результатов холецистэктомии в группе пожилых и старых больных.

Список литературы

1. Бобров О.Е., Хмельницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. - Кировоград : ПОЛИУМ, 2008. - 216 с.
2. 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.
3. Рыбачков В.В., Кабанов Е.Н., Лимина М.И. Острый холецистит у больных старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2008. – № 4. – Т. 14. – С. 57 – 61.
4. Хатьков И.Е., Чудных С.М., Кулезнева Ю.В. и др. Новые малоинвазивные методы лечения больных острым холециститом // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – № 1. – Т. 18. – С. 3 – 8.
5. Cha В.Н., Song Н.Н., Kim Y.N. et al. Percutaneous Cholecystostomy Is Appropriate as Definitive Treatment for Acute Cholecystitis in Critically Ill Patients: A Single Center, Cross-sectional Study // Korean J Gastroenterol. - 2014. – № 1. – P. 32-38.
6. Griniatsos J., Petrou A., Pappas P. et al. Percutaneous cholecystostomy without interval cholecystectomy as definitive treatment of acute cholecystitis in elderly and critically ill patients. // South Med J. – 2008. - Jun; 101 (6):586-90. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181757b77.

Рецензенты:

Фёдоров В.Э., д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской хирургии и онкологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов.

Громов М.С., д.м.н., профессор, генеральный директор ООО «Частная клиника № 1», г.Саратов.