



А.М. Перерва

Особливості лапароскопічної холецистектомії у хворих похилого віку

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ
Придніпровської залізниці

Ключові слова: хворі похилого віку, жовчнокам'яна хвороба, інтраопераційні ускладнення та труднощі, лапароскопічна холецистектомія.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) посідає одне з головних місць у структурі захворювань пацієнтів похилого та старечого віку, а лікування її ускладнених форм, насамперед гострого холециститу, є однією з невирішених проблем сучасної клінічної хірургії. Актуальність проблеми зумовлена не стільки прогресуючим зростанням кількості випадків ЖКХ, скільки незадовільними результатами її лікування, особливо у хворих похилого та старечого віку. Нині у разі гострого калькульозного холециститу рівень післяопераційної летальності становить майже 6%, а серед хворих старших вікових груп – 15–26% [3, 5]. За даними літератури, частка пацієнтів похилого та старечого віку збільшилася з 25,6 до 45,0%, і на сьогодні гострий холецистит належить до провідних проблем геронтології [1], оскільки у хворих похилого та старечого віку запальний процес жовчного міхура у більшості випадків перебігає із стертою, атиповою клінічною картиною, що зумовлює великий відсоток діагностичних помилок [3]. Нині основним методом лікування ЖКХ є оперативний метод, здебільшого це лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) [6,7]. Аналіз літератури, присвяченої ЛХЕ, свідчить про те, що оцінка її результатів у хворих похилого та старечого віку висвітлена недостатньо. В більшості публікацій результати лікування хворих після 60 років окремо не аналізують, а висновки ґрунтуються на середніх даних у цій віковій групі [2, 4]. У зв'язку з цим вивчення особливостей застосування ЛХЕ у хворих віком 60–90 років є актуальним.

Матеріали та методи

У Дорожній клінічній лікарні на ст. Дніпропетровськ з 2004 до 2007 року у 110 хворих з різними клінічними формами ЖКХ при видаленні жовчного міхура була застосована методика ЛХЕ. Для вивчення вікових особливостей використання ЛХЕ пацієнти були розподілені на дві групи: основну та контрольну. В основну групу ввійшло

43 хворих (39 жінок та 4 чоловіки) похилого та старечого віку – 60–88 років, у середньому $(67,5 \pm 0,8)$ року. У 15 (34,9%) хворих тривалість клінічних проявів ЖКХ становила більше 10 років. Планово госпіталізовано 33 (76,7%) хворих з хронічним калькульозним холециститом. Інші були госпіталізовані ургентно з гострим калькульозним холециститом. У 3 випадках діагностовано флегмонозний холецистит, у 7 – катаральний.

Контрольну групу склали 67 хворих (61 жінка, 6 чоловіків) віком 25–59 років, у середньому $(42,4 \pm 1,1)$ року. Тільки у 5 (7,5%) пацієнтів тривалість клінічних проявів ЖКХ становила понад 10 років. Хворих з хронічним калькульозним холециститом було 49 (73,1%), з гострим – 18 (у 7 хворих – флегмонозний холецистит, у 11 – катаральний).

Показаннями до ЛХЕ у хворих обох груп був гострий і хронічний холецистит. ЛХЕ виконували після детального обстеження та відбору пацієнтів. При гострому холециститі лапароскопічну методику застосовували тільки для відсроченої операції після затихання гострого нападу на тлі консервативного лікування. В невідкладних випадках використовували традиційну холецистектомію.

Обстеження хворих включало застосування загальноприйнятих клінічних та лабораторних методів, обов'язково – підтвердження діагнозу за даними ультразвукового дослідження. Виявлення у пацієнтів тяжких супутніх захворювань, особливо ускладнених форм гіпертонічної хвороби (ГХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) з порушенням ритму серця було відносним протипоказанням до виконання ЛХЕ.

У хворих обох груп застосовували стандартну методику ЛХЕ. При виникненні інтраопераційних труднощів застосовували різні технічні прийоми (введення додаткових троакарів та інструментів в атипових місцях, виконання пункції жовчного міхура з аспірацією вмісту із застосуванням 10-міліметрового відсмоктувача та рукавиці-контейнера для конкрементів, що випали, та ін.) за-

лежно від конкретної ситуації. Більшість операцій були виконані при рівні внутрішньочеревного тиску вуглекислого газу 12–6 мм рт. ст., у хворих з тяжкою супутньою патологією серцево-судинної системи при нижчому рівні — 10–2 мм рт. ст. Оскільки найбільше значення для профілактики наслідків карбоперитонеуму має тривалість ЛХЕ, то у разі неможливості виділити елементи шийки жовчного міхура протягом перших 30 хв операції додатковим показанням до переходу на традиційну холецистектомію є наявність у хворого тяжкої супутньої серцево-судинної патології.

Результати та їхнє обговорення

Різні супутні захворювання були виявлені у 41 (95,3%) хворого основної групи. Їх ми умовно розподілили на легкі та тяжкі. До групи легких були віднесені захворювання, які не потребували спеціальної доопераційної підготовки хворих. До тяжких — ІХС, ГХ II-III стадії, варикозна хвороба нижніх кінцівок, хронічні обструктивні захворювання легень, ожиріння III-IV ступеня, цукровий діабет. Всі зазначені захворювання, як відомо, є факторами високого операційного ризику. У 31 (72,1%) хворого основної групи було від 2 до 5 супутніх захворювань.

У контрольній групі супутні захворювання були виявлені у 7 (11,5%) хворих. Доопераційну підготовку проводили спільно з анестезіологом, кардіологом, терапевтом, ендокринологом, а за потреби — з лікарями інших спеціальностей. Найчас-

тішими супутніми захворюваннями були ІХС та ГХ. У 24 (55,8%) пацієнтів виникла необхідність у проведенні коригуючої терапії (серцева недостатність — у 6 хворих, порушення серцевого ритму — у 5, гіпертонічна хвороба — у 8, стенокардія — у 5). Однакова підготовка в контрольній групі виконана у 11 (16,4%) хворих.

При визначенні показань до операції враховували термін від моменту госпіталізації хворого до операції. Більшість пацієнтів було прооперовано на 2-гу добу після госпіталізації. Тривалість операції ЛХЕ у хворих основної групи в середньому становила (63,2 ± 9,4) хв (від 25 до 140 хв). Цей показник значною мірою залежав від ступеня патоморфологічних змін жовчного міхура та оточуючих тканин, що було причиною виникнення технічних труднощів при виконанні ЛХЕ у 23 (53,5%) хворих та розвитку інтраопераційних ускладнень — у 13 (30,2%) (таблиця). Перехід на традиційну холецистектомію здійснили у 3 (6,97%) оперованих. Найбільші труднощі під час виконання операції зафіксовано у разі замуrowаного жовчного міхура. Введення додаткового троакара в правій половині мезогастрію для захоплення міхура 10-міліметровим зажимом дало змогу в 3 випадках закінчити операцію лапароскопічно, але у 1 хворій змушені були перейти на традиційну холецистектомію. Грубі рубцево-інфільтративні зміни стінки жовчного міхура спостерігали у 10 хворих з гострим холециститом та у 3 — з водяною міхура. Незважаючи на пункцію та аспірацію вмісту у 9

Таблиця

Труднощі та ускладнення, які виникли при виконанні ЛХЕ

Технічні труднощі та ускладнення	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Зморщений жовчний міхур	2	4,7		
Замурований жовчний міхур	4	9,3	1	1,5
Грубі злукові зміни стінки жовчного міхура	13	30,2	12	17,9
Усього	19	44,2	13	19,4
Інтраопераційні ускладнення				
Перфорація жовчного міхура з випадінням конкрементів	2	4,7	2	3,0
Перфорація без випадіння конкрементів	7	16,2	5	7,5
Кровотеча із міхурової артерії	4	9,3	2	3,0
Усього	13	30,2	9	13,5
Перехід на традиційну холецистектомію				
Замурований жовчний міхур	1	2,3	—	—
Щільний інфільтрат	1	2,3	—	—
Кровотеча з міхурової артерії	1	2,3	—	—
Усього	3	6,97	—	—

хворих відбулася перфорація при видаленні міхура з ложа. Тільки у 2 хворих вона була з випадінням конкрементів. Останні були видалені за допомогою рукавиці-контейнера та 10-міліметрового відсмоктувача. Кровотеча із міхурової артерії зафіксована у 4 хворих. У 3 з них її було зупинено за допомогою кліпівування, у 1 — переходом на традиційну холецистектомію.

Тривалість ЛХЕ у хворих контрольної групи становила в середньому ($61,2 \pm 3,1$) хв (від 25 до 140 хв) і була трохи меншою, ніж в основній ($p < 0,05$). Технічні труднощі під час виконання операції виникли у 13 (19,4%) оперованих. Інтраопераційні ускладнення спостерігали у 9 (13,5%) випадках, які були ліквідовані лапароскопічно.

Таким чином, у хворих похилого та старечого віку при виконанні ЛХЕ частіше виникали технічні труднощі, інтраопераційні ускладнення та потреба у переході на традиційну холецистектомію. Тривалість післяопераційного періоду у 38 хворих основної групи, які перенесли ЛХЕ, становила в середньому ($7,7 \pm 0,9$) доби, в контрольній — ($5,18$

$\pm 0,13$) доби ($p < 0,05$). Без ускладнень післяопераційний період перебігав у 25 пацієнтів, яких було виписано в терміни до 7 діб. Ускладнення зафіксовані у 12 (31,6%) хворих. Найчастішим ускладненням було підвищення температури тіла тривалістю від 4 до 7 діб, у 4 хворих — порушення серцевого ритму, гіпертонічний криз, які були ліквідовані коригуючою терапією. Всі хворі виписані в задовільному стані на 4—8-му добу після операції.

Висновки

1. Застосування ЛХЕ у хворих похилого віку має певні особливості на всіх етапах лікування — від доопераційної підготовки і встановлення показань до операції до виписки із стаціонару.

2. ЛХЕ потребує застосування додаткових інтраопераційних технічних прийомів у хворих похилого віку.

3. Необхідний диференційний підхід при виборі методу оперативного втручання, з урахуванням супутньої патології, її тяжкості і ступеня впливу на органи та системи.

Література

1. Вардинець І.С., Кіт О.М., Гарасимчук Ю.М., Остапюк О.М. Диагностика та хірургічне лікування гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку // Шпитальна хірургія. — 2004. — № 4. — С. 71–73.
2. Василюк М. Д., Василюк С. М., Шевчук А. Г., Осадець В.С. Клініка гострого холециститу, ускладненого навколومیхуровим інфільтратом та його хірургічне лікування // Там само. — 2004. — № 4. — С. 130–132.
3. Доценко Б. М., Ибишов Ш.Ф., Гальперин М.Л., Борисенко Б.М. Диагностика и лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 1998. — № 9. — С. 27–33.
4. Кригер А.Г., Ржебаев К.Е., Воскресенский П.К. и др. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 1. — С. 90–97.
5. Мільков Б.О., Білоокій В.В., Гресько М.М., Домбровський Д.Б. Лікувальна тактика при калькульозному холециститі // Шпитальна хірургія. — 2002. — № 3. — С. 14–16.
6. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. — К.: МАККОМ, 2006. — 343 с.
7. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Десятилетний опыт лапароскопической холецистэктомии // Анналы хирургической гепатологии. — 2004. — Т. 9. — С. 110–114.

А.Н. Перерва

Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого возраста

Проанализированы результаты лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) у 43 больных пожилого и старческого возраста (от 60 до 88 лет). Контрольную группу составили 67 пациентов молодого и среднего возраста (от 25 до 59 лет), оперированные тем же методом. Анализ полученных данных в обеих группах больных позволил установить возрастную специфику при использовании ЛХЭ на всех этапах лечения – от предоперационной подготовки и установления показаний к операции до выписки из стационара. Отмечены технические трудности и интраоперационные осложнения у больных старше 60 лет. При интраоперационных трудностях у этих больных показания к лапаротомии были шире. При оценке результатов ЛХЭ целесообразно отдельно анализировать итоги лечения больных пожилого и старческого возраста.

А.М. Pererva

Specific features of laparoscopic cholecystectomy in elderly patients

The analysis has been held for the results of laparoscopic cholecystectomy (LChE) in 43 elderly and senile patients (60 to 88 years old). The control group consisted of 67 patients of young and middle-aged patients (25 to 59 years old) operated upon by the same method. Based on the comparative analysis of these 2 groups of patients the authors have established age-dependent specificity of using laparoscopic cholecystectomy at all stages of treatment from the preoperative preparation and choice of indications for operation till discharge from the hospital. The technical difficulties and intra-operative complications have been noted for patients of 60 years and older. These patients had wider indications for laparotomy in spite of intra-operative difficulties. The authors conclude the rationality for the separate analysis of the results of LChE treatment for elderly and senile patients.