

УДК 616.366-002-036.11-089.819-072.1-053.891/.9

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

## МИНИ-ДОСТУП ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Резюме.** Осуществлена оценка правостороннего вертикального трансректального мини-доступа для холецистэктомии у 86 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом. Мужчин было 22 (25,6 %), женщин — 64 (74,7 %). У всех имела место сопутствующая патология. Ранее прооперированы 33 (38,4 %) пациента. Катаральная форма холецистита диагностирована у 11 (12,8 %) больных, флегмонозная — у 50 (58,1 %), гангренозная — у 24 (27,9 %) и перфоративная — у 1 (1,2 %). Осложненное течение заболевания имело место у 61 (70,9 %) больного, в том числе у 33 — паравезикальный инфильтрат и у 5 — абсцесс, у 9 — местный и диффузный перитонит, у 9 — механическая желтуха, у 5 — холедохолитиаз. Холецистэктомии с коррекцией осложнений из мини-доступа выполнены у 81 (94,2 %) пациента, у 5 (5,8 %) пациентов доступ расширен в связи с невозможностью остановки кровотечения из пузырной артерии и ложа желчного пузыря, дифференцировки структур треугольника Кало.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 3 (3,5 %) больных. 1 (1,2 %) пациентка умерла от отека легких.

Использование мини-доступа позволило сократить сроки консервативной терапии, рано активизировать больных и восстановить функцию желудочно-кишечного тракта, сократить послеоперационные осложнения до 3,5 %, средний койко-день — до 5,8, летальность — до 1,2 %.

**Ключевые слова:** острый холецистит, мини-доступ, операция, пожилой и старческий возраст.

В структуре неотложной абдоминальной хирургической патологии острый холецистит прочно занимает лидирующее положение [4, 9]. Последние 10–20 лет характеризовались ростом заболеваемости острым холециститом, преимущественно среди лиц пожилого и старческого возраста [4, 8, 9]. По данным ряда авторов, удельный вес этой возрастной категории стремительно вырос с 25,6 до 45 % [7, 10]. Если летальность после экстренных операций у пациентов всех возрастных групп с острым холециститом колеблется от 14 до 15 %, то у лиц старше 60 лет она резко возрастает, составляя в пожилом возрасте 20 %, а в старческом — 40–50 % [2, 5]. Установлено, что травматичность операции является одним из факторов, коррелирующих с летальностью [6, 8]. В последнее время распространение получают мини-инвазивные методики выполнения холецистэктомии, из которых активно внедряется лапароскопическая холецистэктомия [3, 4, 6, 8]. Однако ряд выявленных противопоказаний, а также высокая стоимость оборудования и самой операции делают ее применение ограниченным [6, 9]. Выполнение холецистэктомии из мини-доступа, особенно с использованием обычных инструментов, при котором операция и после-

операционный период практически соответствуют лапароскопическому вмешательству, является альтернативным вариантом [1, 4, 9].

**Целью** работы были внедрение и оценка мини-доступа к желчному пузырю для выполнения холецистэктомии у пациентов с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте.

### Материал и методы

В клинике общей хирургии с уходом за больными Запорожского государственного медицинского университета, расположенной на базе КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, с 2000 по 2006 год у 152 больных с острым холециститом выполнен мини-доступ при холецистэктомии, из них у 86 (56,6 %) — в пожилом и старческом возрасте. В соответствии с определением ВОЗ, к пациентам пожилого возраста отнесены лица от 60 до 74 лет — 69 (80,2 %), старческого возраста — от 75 до 89 лет — 17 (19,8 %). Мужчин было 22 (25,6 %), женщин — 64

© Капшитарь А.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

(74,4 %). В первые сутки от начала заболевания поступили 12 (14 %) больных, в сроки от 1 до 2 суток — 21 (24,4 %), 3 и более суток — 53 (61, %).

Сопутствующие заболевания имели место у всех пациентов с частотой от 2 до 6 у каждого из них. Наиболее распространенной была ИБС, выявленная у всех обследованных; у 48 (55,8 %) больных она сочеталась с ожирением, у 12 (14 %) — с гипертонической болезнью, у 11 (12,8 %) — с генерализованным атеросклерозом, у 10 (11,6 %) — с сахарным диабетом, у 5 (5,8 %) — с мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом, у 4 (4,7 %) — с хроническим бронхитом курильщика. Кроме того, 6 больных перенесли острый инфаркт миокарда и 5 — инсульт.

В сроки от 8 до 63 лет оперированы 33 (38,4 %) пациента. Им выполнены следующие операции: у 11 (33,3 %) больных — аппендэктомия, у 7 (21,2 %) — экстирпация матки с придатками, у 6 (18,2 %) — грыжесечение с пластикой, у 3 (9,1 %) — сальпингэктомия, у 2 (6,1 %) — резекция желудка по Бильрот II, у 2 (6,1 %) — иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду — Хорсли и селективной проксимальной ваготомией, у 1 (3,0 %) — ушивание перфоративной язвы желудка, у 1 (3,0 %) — спленэктомия, у 1 (3,0 %) пациента ушит травматический разрыв печени.

Риск анестезии оценивали согласно классификации степеней риска общей анестезии Американской ассоциации анестезиологов (ASA), основанной на градациях физического состояния больных. I класс физического состояния пациентов установлен у 3 (3,5 %) пациентов, II класс — у 20 (23,3 %), III класс — у 29 (33,7 %) и IV класс — у 34 (39,5 %).

Диагностика острого холецистита осуществлялась после клинического осмотра, оценки лабораторно-биохимических показателей, результатов обзорной рентгеноскопии (рентгенографии) грудной и брюшной полостей, УЗИ. При наличии затруднений в постановке диагноза применяли фиброэзофагогастродуоденоскопию, внутривенную урографию, УЗИ-контроль, компьютерную томографию, лапароскопию.

Лечение больных начинали с общепринятой интенсивной консервативной терапии. Все пациенты оперированы в сроки от 6 до 72 часов с момента госпитализации в клинику в связи с неэффективной консервативной терапией.

Особенностями холецистэктомии из мини-доступа являются знание классической топографической анатомии и ее вариантов гепатопанкреатобилиарной зоны, достаточный опыт в открытой билиарной хирургии и навыки работы в условиях ограниченного пространства.

Мы использовали методику правостороннего вертикального трансректального доступа длиной 4–6 см, отступив на 2–3 см от белой линии живота, а от края реберной дуги — на 1 см. После рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки вскрывали переднюю стенку влагалища прямой мышцы живо-

та, тупо раздвигали мышцу и разводили в стороны, затем вскрывали заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота вместе с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. Для создания необходимого пространства в брюшной полости, обеспечивающего оптимальные условия выполнения холецистэктомии, мы использовали набор инструментов: печеночные зеркала 120 × 45 мм и подъемник для боковой стенки 110 × 35 мм, тупые четырехзубые крючки, остроконечный и брюшистый скальпели, хирургический пинцет, зажимы Федорова, Микулича, прямой и изогнутый Люэра, торакальный для лигирования пузырного протока и пузырной артерии, добавочных сосудов, иглодержатель Гегара, ножницы прямые, остроконечные и полостные, вакуум-аспиратор. С целью анестезии применен эндотрахеальный наркоз с ИВЛ и миорелаксантами.

## Результаты и обсуждение

После выполнения правостороннего вертикального трансректального мини-доступа выявлены следующие клинико-морфологические формы острого калькулезного холецистита согласно классификации В.С. Савельева (1986): катаральная форма — у 11 (12,8 %) больных, флегмонозная — у 50 (58,1 %), гангренозная — у 24 (27,9 %) и перфоративная — у 11 (1,2 %).

Течение патологического процесса у 25 (29,6 %) пациентов было ограничено желчным пузырем, у 61 (70,9 %) пациента имело место распространение патологического процесса за его пределы (табл. 1).

Данные таблицы 1 показывают, что у большинства больных (62,3 %) желчный пузырь был ограничен от свободной брюшной полости благодаря воспаленному большому сальнику с образованием у 33 (54,1 %) рыхлого паравезикального инфильтрата и у 5 (8,2 %) — паравезикального абсцесса. Острый холецистит осложнился перитонитом у 9 (14,7 %) пациентов, из которых у 5 (55,6 %) он был местным, у 4 (44,4 %) — диффузным. Превалировал гнойный перитонит у 7 (77,8 %) больных, серозно-фибринозный перитонит установлен у 2 (22,2 %). О длительном наличии желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита свидетельствовал рубцово-спаечный процесс между желчным пузырем и окружающими его органами (большой сальник,

Таблица 1. Осложнения острого холецистита

Осложнения	Число больных	
	Абс.	%
Паравезикальный инфильтрат	33	54,1
Паравезикальный абсцесс	5	8,2
Перитонит	9	14,7
Гнойный холангит, механическая желтуха	2	3,3
Механическая желтуха	7	11,5
Холедохолитиаз	5	8,2
Всего	61	100,0

двенадцатиперстная кишка, правая половина поперечной ободочной кишки). Клинически скрыто протекающий холедохолитиаз диагностирован во время ревизии внепеченочных желчных путей у 5 пациентов. Причины механической желтухи были различными: у 4 больных — в результате сдавления паравезикальным инфильтратом гепатикохоледоха и у 1 — увеличенной головкой поджелудочной железы, у 7 — вследствие окклюзии гепатикохоледоха при гнойном холангите.

Паравезикальные инфильтраты и абсцессы разоблачали. Увеличенный и напряженный желчный пузырь пунктировали и эвакуировали высокотоксичное содержимое, после чего он уменьшался в объеме. Это значительно увеличивало угол операционного действия, создавая необходимые условия для проведения последующих этапов операции. Выделяли элементы треугольника Kallot, лигировали пузырный проток и артерию, ретроградно субсерозно удаляли желчный пузырь из его ложа. С целью остановки кровотечения из ложа желчного пузыря у 38 (44,2 %) пациентов выполняли временную тугую тампонаду марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, у 18 (20,9 %) в связи с продолжающимся кровотечением из небольших сосудов дополнительно использовали диатермокоагуляцию, у 4 (4,7 %) — гемостатическую губку с амбеном. Единственным методом местного гемостаза у 26 (30,2 %) больных была диатермокоагуляция.

Наружное дренирование холедоха по Холстеду выполнено у 15 (17,4 %) пациентов, из них у 5 — после супрадуоденальной холедохолитотомии, у 4 — после устранения сдавления холедоха паравезикальным инфильтратом, у 2 — после удаления гнойной желчи из гепатикохоледоха и восстановления его проходимости.

Мини-доступ был вынужденно расширен у 5 (5,8 %) больных, так как у 2 было невозможно остановить кровотечение из пузырной артерии и у 2 — из ложа желчного пузыря, у 1 — дифференцировать элементы треугольника Kallot из-за рубцово-дегенеративных изменений в тканях. Через контрапертуру в правом подреберье к винслову отверстию устанавливали полихлорвиниловые дренажи. Длительность операции составляла от 25 до 75 минут.

В послеоперационном периоде у 3 (3,5 %) больных развились следующие осложнения: у 1 — резидуальный холедохолитиаз, диагностированный при чресдренажной холангиографии, у 1 — желчно-геморрагические скопления в подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, поступивших из ходов Льюшка, у 1 — нагноение раны. Первому пациенту выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литэкстракцией, второму — релапаротомия, санация, широкое дренирование брюшной полости, третьего лечили консервативно.

После операции больные получали консервативную терапию в течение 1–2 суток. Их рано активизировали, разрешая ходить спустя 8–10 часов после

вмешательства. Перистальтика кишечника восстановлена к концу первых суток. Средний койко-день составил 5,8. Швы сняты на 7–8-й день.

Умерла 1 (1,2 %) пациентка, 81 года, с тяжелой кардиальной патологией от развившегося отека легких.

## Выводы

1. У лиц пожилого и старческого возраста с острым холециститом при отсутствии разлитого перитонита мини-доступ для холецистэктомии должен стать методом выбора в открытой хирургии. Он позволяет провести коррекцию холедохолитиаза, холангита, механической желтухи.

2. Показанием к расширению мини-доступа является невозможность остановки кровотечения из пузырной артерии или ложа желчного пузыря, отсутствие дифференцировки элементов треугольника Kallot.

3. Мини-доступ исключает возможность полной ревизии органов брюшной полости, в связи с чем необходимо всестороннее обследование до операции с целью исключения скрыто протекающей патологии.

4. Малая травматичность мини-доступа сокращает сроки интенсивной консервативной терапии, длительность введения ненаркотических анальгетиков, позволяет рано активизировать больных и восстановить функцию желудочно-кишечного тракта, снижает частоту послеоперационных осложнений, средний койко-день и летальность.

## Список литературы

1. Алиджанов Ф.Б. Холецистэктомия из малого доступа при деструктивных формах острого холецистита / Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — № 2. — С. 173.
2. Алиев С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста / Алиев С.А. // *Хирургия*. — 1998. — № 4. — С. 25-29.
3. Березницький Я.С. Лапароскопічна холецистектомія при лікуванні жовчокам'яної хвороби / Березницький Я.С., Бондаренко І.М., Чухрієнко Д.П. // *Шпитальна хірургія*. — 1998. — № 3. — С. 50-51.
4. Диагностика та хірургічне лікування гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку / Вардинець І.С., Кіт О.М., Герасимчук Ю.М., Остапюк О.М. // *Шпитальна хірургія*. — 2004. — № 4. — С. 71-73.
5. Гостищев В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста / Гостищев В.К., Евсеев М.А. // *Хирургия*. — 2001. — № 9. — С. 30-31.
6. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біларну хірургію / Малоштан О.В., Бойко В.В., Тищенко О.М., Криворучко І.А. — Харків: СИМ, 2005. — 367 с.
7. Мамчиц В.И. Классификация холецистита / Мамчиц В.И., Палиенко Р.К. // *Новые технологии в хирургии*. — К., 1998. — С. 8-10.

8. Ничитайло М.Е. Уроки лапароскопической холецистэктомии / Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н. // *Клінічна хірургія*. — 2001. — № 10. — С. 6-9.
9. Тотиков В.З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста / Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Е. // *Хирургия*. — 2005. — № 6. — С. 20-23.
10. Хирургия печени и желчевыводящих путей / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. — К.: Здоров'я, 1993. — 512 с.

Получено 20.12.13 □

Капшитарь А.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

### МІНІ-ДОСТУП ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОХИЛОМУ Й СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

**Резюме.** Зроблено оцінку правобічного вертикального трансректального міні-доступу для холецистектомії у 86 хворих літнього й старечого віку з гострим калькульозним холециститом. Чоловіків було 22 (25,6 %), жінок — 64 (74,7 %). Усі мали супутні патології. Раніше прооперовано 33 (38,4 %) пацієнта. Катаральна форма холециститу діагностована в 11 (12,8 %) хворих, флегмонозна — у 50 (58,1 %), гангренозна — у 24 (27,9 %) і перфоративна — в 1 (1,2 %). Ускладнений перебіг захворювання мав місце в 61 (70,9 %) хворого, в тому числі в 33 — паравезикальний інфільтрат і в 5 — абсцес, у 9 — місцевий і дифузний перитоніт, у 9 — механічна жовтуха, у 5 — холедохолітіаз. Холецистектомії з корекцією ускладнень із міні-доступу виконані в 81 (94,2 %) пацієнта, у 5 (5,8 %) пацієнтів

доступ розширений у зв'язку з неможливістю зупинки кровотечі з міхурової артерії й ложа жовчного міхура, диференціювання структур трикутника Кало.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді розвинулися в 3 (3,5 %) хворих. 1 (1,2 %) пацієнтка померла від набряку легень.

Використання міні-доступу дозволило скоротити строки консервативної терапії, рано активізувати хворих і відновити функцію шлунково-кишкового тракту, скоротити післяопераційні ускладнення до 3,5 %, середній койко-день — до 5,8, летальність — до 1,2 %.

**Ключові слова:** гострий холецистит, міні-доступ, операція, похилий і старечий вік.

Kapshitar A.V.

Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

### MINI-ACCESS CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE AGE

**Summary.** The estimation of right vertical transrectal mini-access for cholecystectomy in 86 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis has been carried out. There were 22 (25.6 %) men and 64 (74.7 %) women. All patients had comorbidities. 33 (38.4 %) patients were previously operated. Catarrhal form of cholecystitis was diagnosed in 11 (12.8 %) patients, phlegmonous one — in 50 (58.1 %), gangrenous one — in 24 (27.9 %) and perforated one — in 1 (1.2 %). Complicated course of the disease occurred in 61 (70.9 %) patients, including 33 — with perivesical infiltration, and 5 — with abscess, 9 — with local and diffuse peritonitis, 9 — with obstructive jaundice, 5 — with choledocholithiasis. Cholecystectomy with correction of complica-

tions from mini-access was performed in 81 (94.2 %) patients, in 5 (5.8 %) patients access has been expanded due to failure to stop bleeding from the cystic artery and the gallbladder bed, differentiation of Calot triangle structures.

Complications in the early postoperative period occurred in 3 (3.5 %) patients. 1 (1.2 %) patient died from pulmonary edema.

Using minimal access enables to shorten the conservative therapy, to activate patients early and to restore function of the gastrointestinal tract, to reduce postoperative complications up to 3.5 %, the average hospital stay — up to 5.8, mortality — up to 1.2 %.

**Key words:** acute cholecystitis, mini-access, elderly and senile age.