

Возрастные особенности течения оперативного лечения острого холецистита

Кафедра военно-полевой хирургии ВМедФ в БГМУ1, ГУ «Главный военный клинический медицинский центр ВС РФ»²

Оценивая демографическую ситуацию двадцать первого века, следует сказать, что отмечается устойчивый рост числа людей пожилого и старческого возраста. В Белоруссии уже более 20% населения старше 60 лет. Пациенты пожилого (61-74 года) и старческого (75-90 лет) возраста составляют наибольшую часть обратившихся за медицинской помощью к врачам различных специальностей[2].

Острый холецистит-одно из наиболее распространенных ургентных заболеваний органов брюшной полости среди лиц пожилого и старческого возраста. При этом число больных с острым холециститом за 10 лет увеличилось более чем на 20% [1].

Стандартизированные подходы по лечению ургентных больных пожилого и старческого возраста и внедрение малоинвазивных технологий в лечении острого холецистита в значительной мере обусловило благоприятные исходы операций. Однако, преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания с синдромом «взаимного отягощения», делают оперативное вмешательство для этих больных трудно переносимым. Об этом свидетельствуют высокие показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности. Послеоперационная летальность среди пациентов старше 70 лет достигает 16%, что в несколько раз выше, чем в более молодом возрасте [5].

Следует отметить, что на фоне растущего количества больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, возрастающей операционной активностью у данной группы пациентов, недостаточно уделяется внимания особенностям клиники, диагностики и профилактики послеоперационных осложнений в данной возрастной группе. Требуется более методичный подход к анализу послеоперационных осложнений.

Мы представляем результаты лечения 468 оперированных больных с острым холециститом. Из них 164 (35,1%) были в возрасте до 60 лет и 304 (64,9%) старше 60 лет. Среди последних женщин было 256 (84,3%) человек, мужчин 48 (15,7%) (табл.1).

Таблица № 1

Распределение больных с острым холециститом по полу и возрасту

Пол	Возрастные группы			Всего
	До 60 лет	С 61 лет до 74 года	Старше 75 лет	
Женщины	141 (35,52%)	200 (50,38%)	56 (14,1%)	397 (100%)
Мужчины	13 (21,31%)	29 (47,54%)	19 (31,15%)	61 (100%)
Итого	164 (35,04%)	229 (48,94%)	75 (16,02%)	468 (100%)

Сроки госпитализации больных старше 60 лет с момента заболевания представлены на рис.1.

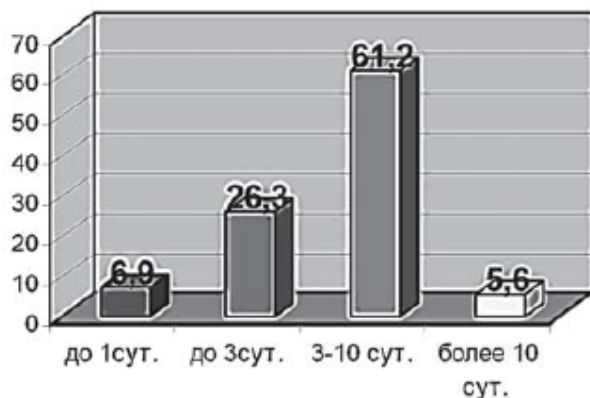


Рис. 1. Сроки госпитализации больных пожилого и старческого возраста в стационар от момента заболевания

Таким образом, 66,8% больных пожилого и старческого возраста поступили в стационар позже 3-х суток с момента заболевания, что в дальнейшем отразилось на результатах лечения.

Обследование больных при поступлении в стационар производилось по общепринятой схеме.

Клиника острого холецистита у лиц молодого возраста и пожилого и старческого возраста оказалась различной. У больных до 60 лет чаще встречались болевой и диспепсический синдромы, тогда как у больных пожилого возраста они были выражены умеренно (рис.2).

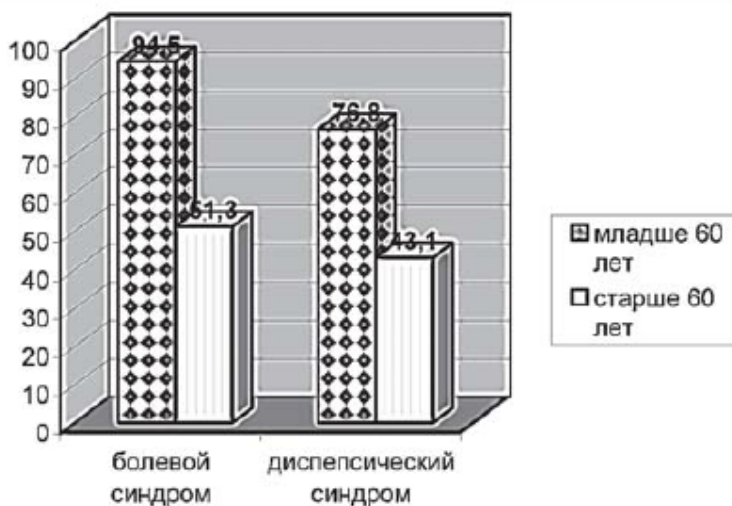


Рис. 2. Частота болевого и диспепсического синдромов у больных разных возрастных групп с острым холециститом

Такие классические признаки острого холецистита, как болезненность при пальпации в правом подреберье, лихорадка и лейкоцитоз у больных старше 60 лет были выражены незначительно или вообще отсутствовали. Так, болезненность при пальпации и перитонеальные симптомы отсутствовали в 25,9% и 58,9% случаев соответственно, нормальная температура тела наблюдалась в 26,9% случаев и

нормальное количество лейкоцитов в периферической крови в 32,2%. В группе молодых пациентов отсутствие болей отмечалось в 6,7% случаев, перитонеальные симптомы в 20,7%, нормальная температура тела в 16,2%, отсутствие лейкоцитоза в 10,9% случаев (рис. 3).

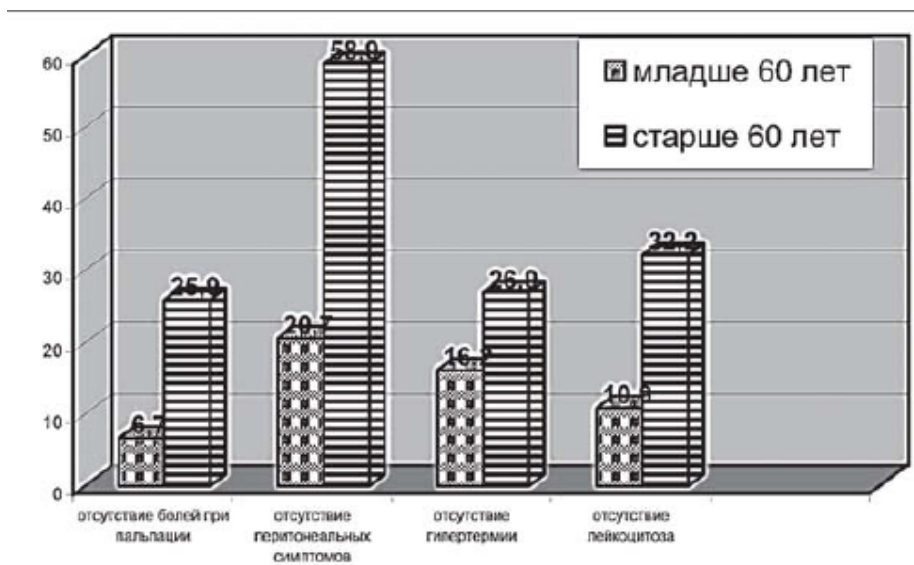


Рис. 3. Частота отсутствия классических признаков острого холецистита у больных разных возрастных групп

В последнее десятилетие особое внимание различные авторы стали уделять, так называемым, «скрытым» формам острого деструктивного холецистита[4]. Это связано с увеличением числа больных пожилого и старческого возраста с различной тяжелой сопутствующей терапевтической патологией («группа риска»), у которых острый холецистит протекает скрыто, малосимптомно, а морфологические изменения в желчном пузыре не соответствуют клиническим проявлениям заболевания.

Термин «скрытая форма острого деструктивного холецистита» обозначает создаваемое ложное впечатление о регрессе симптоматики под влиянием консервативной терапии при наличии флегмонозно – гангренозных изменений стенки пузыря, часто неожиданно выявляемых в «холодном» периоде при повторном поступлении больного в стационар или даже на отсроченной или плановой операции. С таким вариантом течения заболевания оперирован 81 человек (26,6%).

Причинами данной ситуации явились:

1. Ложная регрессия заболевания под влиянием консервативного лечения – 43 человека (53,1%);
2. Не обращение за медицинской помощью – 17 человек (21%);
3. Отказ пациентов от оперативного лечения – 14 человек (17,3%);
4. Обострение сопутствующей патологии на фоне ложной регрессии – 7 человек (8,6%).

Это вело к тому, что холецистэктомия сопровождалась большими техническими трудностями, осложнениями и ограничением возможностей лапароскопической методики (только в 9 случаях из 21 операцию удалось завершить лапароскопическим методом).

Мы выделили три основных группы пациентов с подобным вариантом течения острого холецистита.

1. Лица, которые были госпитализированы повторно в течение одного месяца по поводу острого холецистита и которым по тем или иным причинам не было произведено хирургическое лечение.(57чел – 70,4%).

2. Пациенты, которые в анамнезе отмечали клинику острого холецистита. Однако обратились за медицинской помощью не ранее чем через две недели после начала заболевания. За это время у них исчезали болевой синдром и явления гипертермии, но сохранялись диспепсические расстройства, что и заставило их обратиться за медицинской помощью. Их было 13 человек (16,0%).

3. Больные, поступившие для планового оперативного лечения, которые месяц или более назад лечились по поводу острого холецистита в стационаре (11 человек – 13,6%).

Все больные пожилого и старческого возраста имели сопутствующую патологию (рис.4).

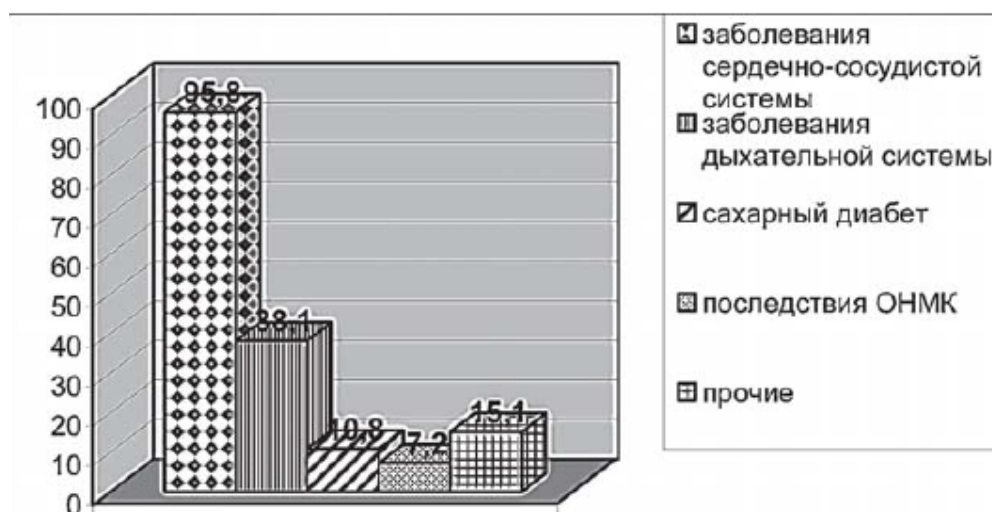


Рис. 4. Удельный вес сопутствующей патологии у лиц старше 60 лет

При этом в среднем на каждого пациента указанной возрастной группы пришлось 2,9 всего заболеваний, из них 2,1 сердечно-сосудистых. Наиболее часто обнаруживались ишемическая болезнь сердца (66,8%), артериальная гипертензия (55,3%). Заболевания легочной, эндокринной системы и органов желудочно-кишечного тракта выявлены у каждого третьего пациента.

Кроме того, негативно изменилось соотношение больных, имеющих одно, два и три сопутствующих заболевания. Если в 1992 г. одно сопутствующее заболевание имели 15,5 % больных с острым холециститом в возрасте старше 60 лет, а три-46,5 %, то в 1997 г. 8,4 % и 60,2 % и в 2006 году-3,2% и 79,3% соответственно (рис.5).

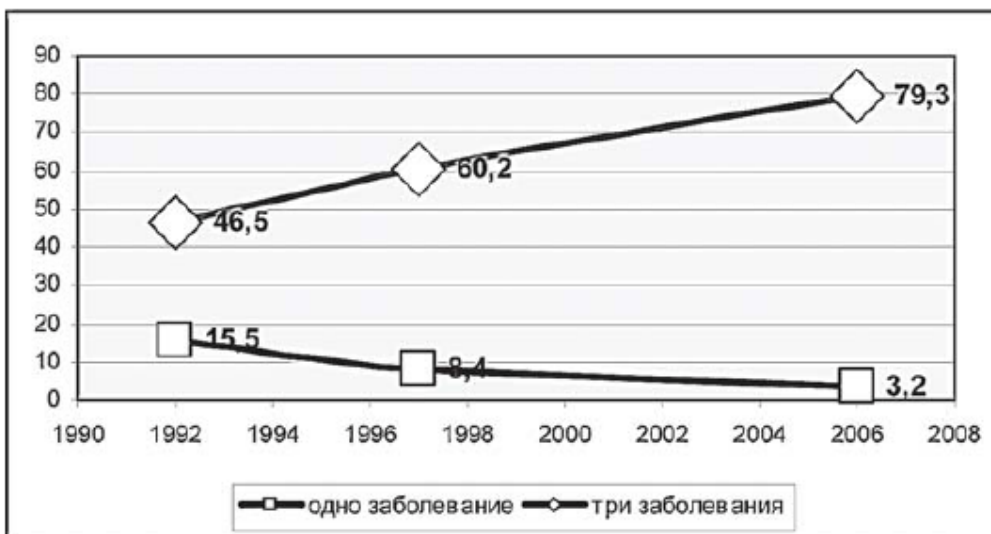


Рис. 4. Динамика роста числа сопутствующих заболеваний у лиц старше 60 лет с острым холециститом

Оперативному лечению подверглись 78,4% от всех поступивших с острым холециститом старше 60 лет. Приоритет отдавался активной хирургической тактике с выполнением операций в дневное время в течение первых двух-трех суток с момента их поступления в стационар. В 107 (35,1%) случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и 197(64,9%) открытое оперативное вмешательство. В младшей возрастной группе ЛХЭ выполнялась в 80 (48,8%) случаях и открытая холецистэктомия – в 84(51,2%).

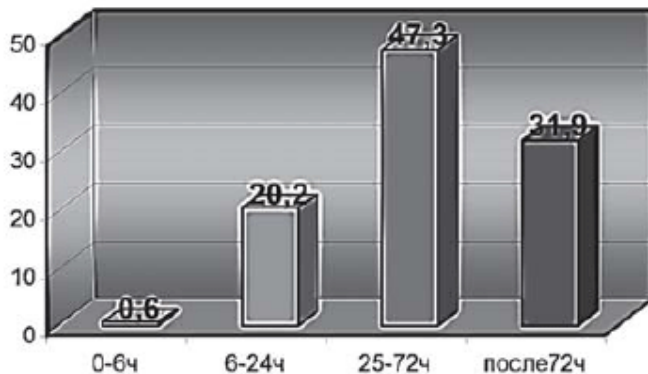


Рис. 5. Сроки оперативного лечения после поступления в стационар

Как видно, основное число больных (67,5%) оперировалось во вторые-третьи сутки с момента поступления в стационар (рис. 5). Однако, почти 32% подверглись оперативному лечению позже 3-х суток, что обусловлено атипичным течением острого холецистита и наличием сопутствующей патологии у больных пожилого и старческого возраста, требующей более углубленного обследования. С другой стороны стоит отметить, что клиника, а иногда и относительно удовлетворительное состояние не отражают тяжести морфологических изменений в желчном пузыре. Проведение консервативной терапии у больных острым холециститом далеко не всегда способствовало полному стиханию воспалительного процесса, в связи с чем, оперативные пособия приходилось выполнять уже на фоне ухудшения общего состояния пациентов. При этом операция чаще проводилась открытым методом, у 17

(17,5%) пациентов закончить операцию лапароскопическим методом не представилось возможным. Возрастали операционно-анестезиологический риск и частота послеоперационных осложнений. Особенно это характерно для пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией систем кровообращения и дыхания, сахарным диабетом, функциональные резервы и компенсаторные возможности которых значительно снижены.

С увеличением от момента поступления сроков выполнения операции у лиц пожилого и старческого возраста возрастало количество осложнений в послеоперационном периоде (рис.6).

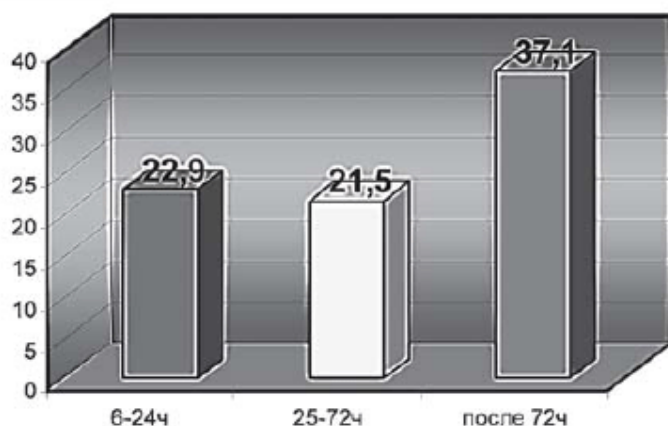


Рис. 6. Частота послеоперационных осложнений в зависимости от сроков оперативного лечения

Среди прооперированных деструктивные формы наблюдались у 193 (63,4%) человек, в том числе флегмонозный холецистит был у 106 (34,8%), гангренозный (включая перфоративный) – у 87 (28,6%). Деструктивные формы сопровождалась наличием перивезикального инфильтрата и местного перитонита.

У 468 пациентов с различными патоморфологическими формами острого холецистита послеоперационные осложнения возникли в 105(22,4%) случаях. Мы их разделили на две группы:

1. специфические – осложнения непосредственно связанные с зоной оперативного вмешательства (табл.2);
2. неспецифические – осложнения связанные с наличием у пациента сопутствующей патологии (табл.2).

Таблица № 2

Послеоперационные осложнения после холецистэктомии в разных возрастных группах

Послеоперационные осложнения	Младше 60 лет n=164	Старше 60 лет n=304
Специфические		
Внутрибрюшное кровотечение	2(1.2%)	4(1.3%)
Желчеистечение	3(1.8%)	2(0.65%)
Перитонит	-	1(0.33%)
Острый холангит	-	3(0.98%)
Нагноение послеоперационной раны	2(1.2%)	5(1.65%)

Забрюшинная флегмона	1(0.6%)	-
Поддиафрагмальный/подпеченочный абсцесс	3(1.8%)	5(1.65%)
Ятрогенное повреждение холедоха	2(1.2%)	2(0.65%)
Острый панкреатит	1(0.6%)	3(0.98%)
Итого	14 (8,5%)	25 (8,2%)
Неспецифические		
Кардиоваскулярные осложнения	4(2.4%)	38(12.5%)
Пневмония	3(1.8%)	16(5.2%)
Острое желудочно-кишечное кровотечение	1(0.6%)	4(1.3%)
Итого	8(4,8%)	58(19%)
Всего	22 (13,3%)	83 (27,2%)

Количество специфических осложнений не зависело от возраста больных и от наличия сопутствующих заболеваний, а осложнения 2 группы имеют четкую возрастную зависимость (табл.2). Прежде всего, это относится к кардиоваскулярным осложнениям и развитию послеоперационных пневмоний.

Было установлено, что частота послеоперационных осложнений у лиц старше 60 лет зависит от сроков поступления в стационар (рис.7). В 83,3% случаев они возникали у больных, поступивших на лечение позже 3-х суток. Указанные пациенты поступали в следующие сроки с момента заболевания

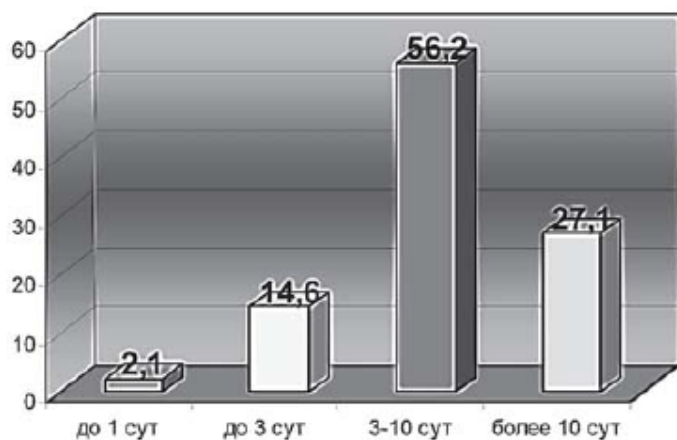


Рис. 7. Сроки госпитализации больных с послеоперационными осложнениями
Среди больных старше 60 лет, у которых наблюдались различные осложнения, в 93,7% случаев отмечалась деструктивная форма холецистита.

При этом выполнялись следующие оперативные вмешательства (рис.8):

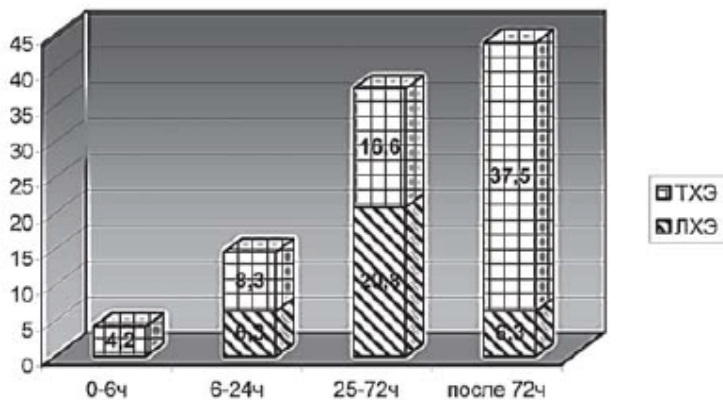


Рис. 8. Оперативные вмешательства у больных, имевших послеоперационные осложнения

Анализируя результаты лечения наших пациентов, установлено, что наиболее опасные кардиальные осложнения развились в раннем послеоперационном периоде на 1-4 сутки. Среди них нестабильная стенокардия в 5,3% случаев, различные проявления недостаточности левых отделов сердца в 2,7%, гипертонический криз в 2,0%, острые нарушения сердечного ритма в 1,7%, инфаркт миокарда в 0,7%, тромбоэмболия легочной артерии в 0,3%.

Необходимо отметить, что наибольшее количество кардиоваскулярных осложнений отмечалось у лиц страдающих артериальной гипертензией (АГ). Анамнестически установлено, что только 29,1% случаев пациенты получали нужную медикаментозную терапию, а отсутствие гипертонических кризов в течение одного года отметили только 6,5% человек. Анализируя структуру осложнений было установлено, что у лиц, не получавших регулярного лечения по поводу АГ, осложнения со стороны ССС встречались в 24,3% случаев. В то время, как у леченных пациентов только в 4,1%. У лиц не страдающих АГ в послеоперационном периоде наличие кардиоваскулярных осложнений отмечено в 5,1% случаев.

При изучении истории болезни было установлено, что лица пожилого и старческого возраста перед операцией осматривались врачами-кардиологами в 5,2% случаев, а анестезиологи в предоперационной подготовке таких больных не участвовали. В послеоперационном периоде эти пациенты осматривались кардиологом только в 17,7% случаев. Из всех пациентов, у которых в предоперационную подготовку была включена коррекция сопутствующей патологии, только у одного в послеоперационном периоде наблюдалась пневмония, а кардиоваскулярные осложнения отсутствовали.

Послеоперационная летальность у больных старше 60 лет составила 1,7%. Основная причина смерти – сердечно-сосудистая и полиорганная недостаточность.

Выводы.

1. Клиническая картина острого холецистита у лиц молодого возраста и пожилого и старческого возраста различна. У лиц старше 60 лет болевой и диспепсический синдромы имеют место только в 47% случаев, в 30% случаев отсутствуют классические признаки заболевания – болезненность при пальпации, лихорадка и лейкоцитоз.

2. Две трети всех послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста составляют неспецифические, т.е. обусловленные сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

3. Причинами неспецифических осложнений являются неадекватная коррекция сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде и недостаточная профилактика их в послеоперационном периоде.

Литература

1. Брискин, Б. С. «Хирургические болезни в гериатрии». М.: БИНОМ-Пресс, 2006. 336 с.

2. Дадвани, С. А., Шулутко, А. М., Ветшев, П. С. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар, 2000. 144 с.

3. Дибиров, М. Д. Пути улучшения результатов лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Здоровоохранение Башкортостана. 2004. № 3. С. 61 – 62.

4. Кчибеков, Э. А. Иммунохимические показатели в дифференциальной диагностике скрытых форм холециститов. Белки-маркеры патологических состояний: материалы 3 Научной конференции и Школы-семинара для молодых ученых. Астрахань-Москва, 2003, С. 117 – 119.

5. Пропедевтика хирургической патологии / под ред. А. И. Ковалева, А. П. Чадаева. М.: Медицинская литература, 2006. 640 с.

6. Pedersen, T., Eliassen, K., Henrikssen, E. A prospective study of mortality associate with anesthesia and surgery: risk indicators of mortality in hospital // Acta Anaesthesiol. Scand. 1990. V. 34. P. 176 – 182.

7. Pedersen, T., Eliassen, K., Henrikssen, E. A prospective study of risk factors and cardiopulmonary complications associated with anaesthesia and surgery: risk indicators of cardiopulmonary morbidity // Acta Anaesthesiol. Scand. 1990. V. 34. P. 144 – 155.

8. Pedersen, T., Johansen, S.H. Serious morbidity attributable to anaesthesia. Considerations for prevention // Anaesthesia. 1989. V. 44. P. 504 – 508.