

## **Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста**

В.А.ЛАЗАРЕНКО, Н.К.ГОРШУНОВА, С.Н.ГРИГОРЬЕВ, П.В.ШУМАКОВ, Н.Н.ГРИГОРЬЕВ

### **The method of treatment of acute destructive cholecystitis patients in elderly**

V.A.LAZARENKO, N.K.GORSHUNOVA, S.N.GRIGORIEV, P.V.SHUMAKOV, N.N.GRIGORIEV

Курский государственный медицинский университет

Курская областная клиническая больница

С возрастом происходит структурная и функциональная дезадаптация и организация систем организма. Большое влияние на данный процесс оказывает число сопутствующих заболеваний. Их кумулятивный эффект достигает максимума в пожилом возрасте, делая традиционные методы хирургического лечения крайне рискованными. Для оценки операционного риска модифицирована классификация МНОАР (1989) с определением степени риска во все периоды хирургического лечения: дооперационный, интраоперационный и послеоперационный. Произведен расчет показателей риска 111 пациентов в возрасте от 45 до 89 лет, которые были госпитализированы в хирургический стационар по поводу острого калькулезного деструктивного холецистита. Данным больным проводилось два основных вида вмешательств: традиционная холецистэктомия и малоинвазивные технологии. Возраст не оказывает достоверного влияния на различия операционно-анестезиологического риска. Выполнение традиционной холецистэктомии связано с высоким операционно-анестезиологическим риском во время операционного вмешательства. Применение малоинвазивных методов лечения острого калькулезного холецистита позволяет снизить риск и улучшить результаты лечения.

*Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, пожилой и старческий возраст, операционно-анестезиологический риск, малоинвазивное лечение*

With the years there is a structural both functional disadaptation and the organization of systems an organism. The great influence on the given process renders number of accompanying diseases. Their cumulative effect reaches a maximum at advanced age, doing traditional methods of surgical treatment by the extremely risky. For an estimation of operational risk classification МНОАР (1989) with definition of degree of risk during all periods of surgical treatment is modified: presurgical, intraoperative and postoperative. Calculation of indicators of risk of 111 patients at the age from 45 till 89 years which have been hospitalized in a surgical hospital concerning an acute calculous destructive cholecystitis is made. By the given patient it was spent two principal views of interventions: a traditional cholecystectomy and maloinvazive technologies. The age doesn't render authentic influence on differences of operational-anesthesiology risk. Performance of a traditional cholecystectomy is bound to high operational-anesthesiology risk during an operational intervention. Application maloinvazive methods of treatment of an acute calculous cholecystitis allows to lower risk and to improve results of treatment.

*Key words: cloelithiasis, acute cholecystitis, elderly and senile age, operational-anesthesiology risk, minisurgery treatment*

По данным ЮНЕСКО, лица старше 60 лет – самая быстроувеличивающаяся группа населения [2]. Тенденция к постарению населения объясняет необходимость повышения объема гериатрической помощи, в которой немаловажная роль отводится хирургии [3, 16].

Острый холецистит – наиболее частая ургентная абдоминальная патология. В большинстве случаев причиной заболевания служит желчнокаменная болезнь. Пациенты с острым калькулезным холециститом составляют около 15% госпитализированных хирургического профиля, приблизительно 50% из них - пациенты пожилого и старческого возраста. Именно у больных старше 65 лет проблема улучшение результатов лечения наиболее актуальна [4,8].

С возрастом увеличиваются количество заболеваний у одного больного, степень их декомпенсации, общая дезадаптация и дезорганизация функциональных систем организма. Хотя начало таких заболеваний приходится преимущественно на средний возраст, результат их суммарного накопления начинает проявляться в пожилом возрасте [1].

Традиционное лечение острого деструктивного калькулезного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста связано с большим числом местных и общих осложнений, высокой летальностью [9, 15].

Оценка операционного риска позволяет с определенной степенью уверенности прогнозировать исход операции. Для оценки риска предложено большое число классификаций, которые учитывают тяжесть со-

стояния пациента, объем производимой операции, вид анестезиологического пособия [3, 17]. Большинство из них не отражают возрастные (инволютивные) изменения как неблагоприятный фактор в лечении таких больных. Хотя сам календарный возраст не является препятствием к оперативному лечению [6].

Применение малоинвазивных технологий позволяет выполнять адекватный объем оперативного вмешательства при минимальной травматичности операции [4, 7]. Но стоит сказать, что выбор метода лечения во многом определяется опытом хирурга. Особенно остро стоит вопрос совершенствования лечебной тактики у пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель работы: учитывая возрастные (инволютивные) изменения как неблагоприятный фактор, разработать шкалу оценки рисков операционных и послеоперационных осложнений и, на основании этого, сравнить результаты лечения острого деструктивного калькулезного холецистита при выполнении традиционной холецистэктомии и использовании малоинвазивных методов.

### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 111 пациентов отделения гнойной хирургии Курской ОКБ, которые были госпитализированы по поводу осложненного острого деструктивного калькулезного холецистита в период с 2004 по 2008 год. Средний возраст пациентов составил  $67,2 \pm 9,5$ . Мужчин было – 42 (38%), женщин – 69 (62%). Возрастная структура была представлена следующим образом: средний возраст (45-59 лет) – 32 (29%), пожилой возраст (60-74) – 46 (41%), старческий возраст (75-89) – 33 (30%).

Под осложненным острым деструктивным холециститом мы понимаем деструктивный острый холецистит с наличием выраженных паравезикальных осложнений (плотный паравезикальный инфильтрат, паравезикальный абсцесс, эмпиема желчного пузыря). Данный диагноз подтверждался данными ультразвукового исследования (УЗИ) желчного пузыря и характером пунктата, получаемого при декомпрессии желчной гипертензии, и в меньшей степени клиническими и лабораторными данными. Наличие выраженных изменений паравезикальной области изначально не предполагает выполнение лапароскопической холецистэктомии в виду технической сложности и возможной высокой частоты конверсий.

У всех пациентов определялся индекс полиморбидности – "число заболеваний/один больной" [12].

По нашему мнению важное значение для определения риска оперативного лечения может иметь индекс гепато-билиарно-панкреатической коморбидности – число заболеваний указанной зоны/один больной [14].

Оценка биологического возраста (БВ) проводилась по амбулаторной методике, разработанной в Украинском НИИ Геронтологии В.П. Войтенко [13]. Чтобы оценить, насколько степень старения соответствует

календарному возрасту сопоставляли индивидуальное значение БВ с должным биологическим возрастом (ДБВ), который отражает популяционный стандарт темпа старения человека [10].

Для оценки уровня компенсаторных возможностей нами был использован способ расчета показателей стабильности системной организации функций (ПССОФ) [11]. Для определения ПССОФ использовались следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), задержка дыхания на вдохе в сек (ЗДВд), масса тела, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), частота дыхательных движений (ЧДД).

В качестве методов лечения применялись: традиционная холецистэктомия – 53 (48%) и малоинвазивные вмешательства (наложение микрохолецистостомы или холецистолитолапаксия) – 58 (52%).

Холецистолитолапаксия подразумевает под собой (после наложения микрохолецистостомы и купирования воспалительного процесса в желчном пузыре) поэтапное бужирование пункционного канала и постановка дренажа большого диаметра (8—10 мм) на всю длину желчного пузыря. В течение 5—6 сут. на дренаже формируется жесткий канал, через который выполняют контактную пневматическую или механическую литотрипсию и литоэкстракцию [5]. Каждый этап вмешательства заканчивается контрольной фистулографией и УЗИ. Следует отметить, что метод холецистолитолапаксии не требует общего обезболивания. Вмешательство проводится под местной инфильтрационной анестезией.

Для оценки операционно-анестезиологического риска (ОАР) нами была модифицированная шкала Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов МНОАР (1989). Исходя из того, что риск осложнений и неблагоприятных исходов присутствует во все периоды пребывания пациентов в хирургическом стационаре, мы предлагаем определять ОАР в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах.

В качестве критериев для расчета ОАР мы использовали: Для шкалы дооперационного риска: общее состояние больных, полифункциональная недостаточность (ПФН) и ПССОФ, индекс полиморбидности, индекс коморбидности гепатобилиарнопанкреатодуоденальной зоны. Для шкалы интраоперационного риска: общее состояние пациента, объем операции, вид анестезии, продолжительность операции, объем кровопотери, гемодинамика во время операции, длина разреза. Для шкалы послеоперационного риска: общее состояние, объем операции, характер анестезиологического пособия, характер заживления послеоперационной раны, выраженность уровня интоксикации (определялась по ЛИИ), биологический возраст. Расчет баллов проводился посредством метода экспертных оценок.

Соответствующая сумма баллов позволяла сделать выводы о степени риска.

Статистический анализ результатов проведен с помощью непараметрических методов. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась двухвыборочным критерием Колмогорова-Смирнова и ранговым дисперсионным анализом Крускала-Уоллиса при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Согласно предложенным классификациям была проведена балльная оценка рисков в каждой возрастной

группе (табл. 1). Показатели рисков в каждой группе увеличивались соответственно календарному возрасту пациентов. Оценка предоперационного риска выявила достоверные различия между всеми возрастными группами. Послеоперационный риск достоверно отличался среди групп среднего и пожилого, среднего и старческого возрастов. Значения интраоперационного риска в группе пациентов среднего, пожилого и старческого возраста достоверно не отличались.

Сравнительный анализ рисков в зависимости от метода лечения острого деструктивного калькулезного

Таблица 1

*Показатели операционных рисков в зависимости от возраста больных (в баллах)*

Возраст \ Риск (M±m)	Предоперационный	Интраоперационный	Послеоперационный
Средний (45-59)	4,2 ± 0,9	7,9 ± 1,9	7,2 ± 1,3
Пожилой (60-74)	5,9 ± 1,2* <sup>1</sup>	8,7 ± 2,1	8,7 ± 1,6* <sup>1,3</sup>
Старческий (75-89)	7,7 ± 1,8* <sup>1</sup>	9,7 ± 3,4	9,9 ± 2,2* <sup>1,2</sup>

\* -  $p < 0,01$  (с поправкой Бонферрони); цифры рядом со звездочкой указывают, по отношению к показателю какой группы различия достоверны.

Таблица 2

*Показатели операционных рисков в зависимости от метода лечения (в баллах)*

Метод лечения \ Риск (M±m)	Предоперационный	Интраоперационный	Послеоперационный
Холецистэктомия	5,7 ± 1,9	10,9 ± 2,6	9,5 ± 2,4
Малоинвазивные методы	5,5 ± 1,4	6,8 ± 1,1* <sup>1</sup>	9,1 ± 1,3* <sup>1</sup>

\* -  $p < 0,01$ ; цифры рядом со звездочкой указывают, по отношению к показателю какой группы различия достоверны.

Таблица 3

*Показатели летальности в зависимости от метода лечения\**

Возраст больных	Малоинвазивные методы	Традиционная холецистэктомия
Средний	0%	6,6%
Пожилой	2,3%	7,0%
Старческий	10,0%	23,3%

\* – данные представлены в процентном отношении от числа летальных исходов к количеству больных в каждой возрастной группе.

холецистита показал, что выполнение традиционной холецистэктомии сопряжено с высоким ОАР как во время, так и после оперативного вмешательства (значения интра- и послеоперационного рисков имели достоверные отличия в сравнении с малоинвазивными методами). Предоперационный риск не зависел от выбора метода лечения и достоверно не отличался (табл. 2). Напротив, риск операционного вмешательства у умерших больных был очень высоким (IV-V степень) и исход заболевания определяло терминальное состояние пациентов и поздняя госпитализация.

### Выводы

1. Выполнение традиционной холецистэктомии у пациентов с острым деструктивным калькулезным холециститом сопряжено с высоким операционно-анестезиологическим риском и показателями летальности.

2. Возраст не является непосредственным фактором риска для выполнения оперативного вмешательства, но наличие полиморбидного фона и полифункциональной недостаточности заставляет дифференцированно подходить к выбору метода лечения острого калькулезного деструктивного холецистита у пожилых и старческих больных.

3. Применение малоинвазивных методов лечения позволяет уменьшить степень интраоперационного и послеоперационного риска и может использоваться в

## Список литературы

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых. Клиническая геронтология. 2008; 4: 30.
2. Войтенко В.П., Токарь А.В., Полюхов А.М. Методика определения биологического возраста человека. Геронтология и гериатрия. Ежегодник. Биологический возраст. Наследственность и старение. Киев. 1984; 133-137.
3. Гельфанд Б.Р., Кириенко П.А., Савельев В.С., Кириенко А.И. Методы анестезии и обеспечения безопасности больного во время хирургического вмешательства. Хирургические болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; 57-58.
4. Гульман М.И., Винник Ю.С., Черданцев Д.В. Хирургическая тактика при различных формах калькулезного холецистита у больных с высоким операционным риском. Современные хирургические технологии: Сб. науч. тр. Красноярск. 2006; 51-57.
5. Дибиров М.Д., Родионов И.Е., Юанов А.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у лиц старческого возраста. Инфекции в хирургии. 2010; 2: 12-14.
6. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность. Новости медицины и фармации. 2008; 2: 233.
7. Медведев Н.В. Функциональная недостаточность и качество жизни лиц пожилого и старческого возраста с полиморбидностью. Дисс. канд. мед. наук. М. 2004; 125.
8. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Тронин Р.Ю. Острый холецистит у пожилых и стариков. Клиническая геронтология. 2006; 6: 40.
9. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Контактная литотрипсия внепеченочным доступом в лечении осложненной желчнокаменной болезни. Аналлы хирургической гепатологии. 2007; 12: 4: 59-62.
10. Рябов Г.А., Кулабухов В.В., Брискин Б.С. Особенности периоперационного периода у пожилых больных. Хирургические болезни в гериатрии. М.: Бином. 2006; 85.
11. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005; 6: 20-21.
12. Царегородцева С.А. Медико-психологическая профилактика стресс-индуцированного преждевременного старения. Успехи геронтологии. 2007; 20: 4: 114-118.
13. Шулуток А.М., Агаджанов В.Г., Брискин Б.С. Принципы выбора хирургической тактики при желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Хирургические болезни в гериатрии. М.: Бином. 2006; 222-224.
14. Шумаков П.В., Горшунуова Н.К., Медведев Н.В. Оценка операционного риска у лиц старшей возрастной группы, страдающих острым калькулезным деструктивным холециститом. Геронтология и гериатрия. 2010; 9: 160-163.
15. Papi C., Catarci M., D'Ambrosio L. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 147-155.
16. Shaffer E.A. Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease. Best. Pract. Nn
17. Shikata S., Noguchi Y., Fukui T. Early versus delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Surg. Today. 2005; 35: 553-560.

Поступила 15.01.2012 г.

## Информация об авторах

1. Лазаренко Виктор Анатольевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней факультета последипломного образования, ректор Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru
2. Горшунуова Нина Корнилова – д.м.н., проф., зав. кафедрой поликлинической терапии, профессиональных болезней и военно-полевой терапии Курского государственного медицинского университета e-mail: werfud@mail.ru
3. Григорьев Николай Николаевич – д.м.н., проф. кафедры хирургических болезней факультета последипломного образования Курского государственного медицинского университета; e-mail: drli@yandex.ru
4. Шумаков Петр Вячеславович – соискатель кафедры хирургических болезней факультета последипломного образования Курского государственного медицинского университета; e-mail: werfud@mail.ru