

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

*Жидков С.А., Корик В.Е., Жидков А.С., Петеко А.В., Бойба Д.С.,
Рамков А.Г.*

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Продолжительность жизни населения в большинстве стран мира ежегодно увеличивается. С возрастом у человека возникает все больше проблем со здоровьем. Не становится исключением и хирургическая патология, в т.ч. желчного пузыря.

По данным различных источников, острый холецистит занимает 2-3 место по числу пациентов в отделениях экстренной хирургии, а среди лиц старше 60 лет чаще первое [1]. Если взять пациентов женского пола старше 75 лет (старческий возраст и долгожители), то у 70-80% из них имеются камни в желчном пузыре и протоках [2,3].

Именно лица старческого возраста и долгожители вызывают наибольшие трудности в лечении острого холецистита и его осложнений. Однако до сих пор нет единого подхода к диагностике, а еще больше к тактике лечения данной патологии у лиц старше 75 лет, и проблема лечения пациентов данной возрастной группы становится все более острой.

Цель. Определить наиболее рациональные методы диагностики и тактики лечения острого холецистита у пациентов старческого возраста и долгожителей.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ оперативного лечения острого холецистита в отделении экстренной хирургии учреждения здравоохранения «2-я городская клиническая больница» г. Минска старше 75 лет с 2017 по 2019 годы.

Всего прооперировано 236 человек: женщин 200 (84,7%), мужчин - 36 (15,3%), в возрасте 75-89 лет (старческий) - 225 (95,3%), 90 лет и старше (долгожители) – 11 (4,7%). С калькулезным холециститом 209 пациентов (88,5%), с бескаменным - 27 (11,5%). В 87 случаях имелась механическая желтуха различной степени тяжести: билирубин до 50 ммоль/л – в 51 случае (22,7%), 50-100 ммоль/л - в 20 (8,4%), 100-200 ммоль/л – в 8 (3,6%), 200-300 ммоль/л - у 1 (0,4%), свыше 300 – у 1 (0,4%).

Результаты. В срок до 24 часов поступило 23,5% пациентов, позже 3 суток – 62,4%. При поступлении боли в животе наблюдались в 205 случаях (86,9%); тошнота и рвота – в 69 (29,2%); общая слабость – в 35 (14,8%). При УЗИ живота обнаружено: увеличение в размерах желчного пузыря у 98 пациентов (41,5%), утолщение и уплотнение стенки – у 84 (35,6%), неоднородность, слоистость стенки желчного пузыря – у 33 (14,0%), холедохозэктазия у 51 (17,3%),

холедохолия – у 13 (5,5%), расширение внутривенных протоков у 12 (5,0%), паравезикальная жидкость у 9 (3,9%). О наличии ЖКБ знали 30 пациентов (12,2%), при этом 74,4% считали ее наличие до 3 лет. Сопутствующую патологию имели 198 больных (88,0%), в возрасте 75 – 89 лет и 11 (100%) – 90 лет и старше. ИБС выявлена в 88,6% случаев, артериальная гипертензия в 80,9%, сахарный диабет в 14,4%, инфаркт миокарда в анамнезе в 14,0%, ОНМК в 4,2%.

Папиллосфинктеротомия при патологии сфинктера Одди выполнена 16 пациентам с механической желтухой (18,4%). Все вмешательства были эффективны.

Экстренную операцию в течение первых 2 – 3 часов в 14 случаях (5,9%) производили при наличии перитонита. В остальных случаях лечение начинали с консервативной терапии, которая кроме инфузий солевых растворов, включала обезболивающие, спазмолитики, антикоагулянты непрямого действия, кардиотропные средства, антибиотики (цефалоспорины III – IV поколения), производили коррекцию уровня глюкозы. В случае отсутствия клинического эффекта в течение первых трех суток оперировано 168 пациентов (71,2%) причем лица старше 90 лет в 1-е сутки оперировано 6 из 11 (71,2%).

В 201 случае (85,1%) произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). В 36 (14,9%) – открытая операция холецистэктомия (ХЭ). ЛХЭ, из которых 7 случаев (3,3%) была конверсия. В послеоперационном периоде возникло 5 кровотечений из ложа желчного пузыря после (2,5%); в 2,1% случаях (4 – после ЛХЭ и 2 – после ХЭ) возникло желчеистечение, абсцесс брюшной полости – в 4 случаях (1,7%), нагноение раны – в 2-х (5,5%). По поводу осложнений произведено 10 операций: 5 – релапароскопий, 2 – лапаротомии после лапароскопии, 1 – релапаротомия. Все повторные операции выполнены в течение 36 часов после первой операции. Умер 1 пациент (10%).

Из 236 оперированных умерло 8 (3,3%), из них 3 в возрасте 90 лет и старше. В 6 случаях причиной смерти была двухсторонняя пневмония, в 1 случае – сердечно-сосудистая недостаточность, в 1 – IV стадия рака Фатерова соска.

Средний срок лечения после ЛХЭ составил 9,5 дней; после ХЭ – 14,5 дней.

Выводы.

1. Диагностика острого холецистита у лиц старческого возраста основана на клинических данных (боль в правом подреберье) и характерных изменениях на УЗИ ОБП.

2. Активная хирургическая тактика лечения острого холецистита у данной возрастной категории, с учетом функций сердечно-сосудистой системы, позволяет достичь приемлемых результатов лечения (послеоперационная летальность составила 3,4%).

3. Выполнение лапароскопической холецистэктомии у стариков и долгожителей сокращает пребывание в стационаре в среднем на 5 суток.

Литература.

1. Papi, C. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis/ Papi C., Catarci M., D'ambrosio L.- Am. J. Gastroenterol., 2004.- Vol.99- p.147-155.

2. Гульман, М.И. Хирургическая тактика при различных формах холецистита у больных с высоким операционным риском/ Гульман М.И., Винник Ю.С., Черданцев Д.В. - Современные хирургические технологии: Сб. науч. тр. Красноярск. 2006. – с.51-57.

3. Галашев, В.И. Холецистэктомия из мини-доступа у лиц пожилого и старческого возраста/ Галашев В.И., Зотиков С.Д., Глянцев С.Л. – Журнал хирургии им. Пирогова. – 2001. - №3.- с. 15-18.