Университет

Кафедра

Зав. кафедрой

**Реферат**

"Геронтологические аспекты лечения желчнокаменной болезни"

**Выполнил:**

Содержание

1. Геронтология и хирургия — проблемы и перспективы
2. Принципы выбора хирургической тактики при желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста
3. Хирургическая тактика при камненосительстве (хроническом калькулезном холецистите)
4. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите
5. Хирургическая тактика при калькулезном холецистите, сочетающемся с поражением внепеченочных желчных протоков

Геронтология и хирургия — проблемы и перспективы

Повышение удельного веса представителей старших возрастов среди населения — объективный процесс, наблюдающийся во всех развитых странах. Доля лиц старше 65 лет в указанных странах составляет сейчас 10-15% от всей популяции, а к 20-м годам нынешнего столетия эта цифра удвоится. Предполагается, что наиболее быстро будет расти число старых людей, т.е. в возрасте 80 лет и более.

Данная категория существенно больше других категорий нуждается в различных видах социального обеспечения и медицинской помощи. Старые люди значительно чаще и дольше болеют и, соответственно, потребляют больше средств, направляемых на здравоохранение.

В России, в связи с экономическими трудностями и резким падением рождаемости, эффект постарения населения особенно ощутим. Исследования, проведенные в Институте системного анализа РАН в рамках программы "Глобальные изменения природной среды и климата" показали, что к 2015 г. в России ожидается увеличение коэффициента демографической нагрузки на общество до величины 0,9, т.е. па одного работающего будет приходиться один нетрудоспособный, да еще требующий больших средств для жизнеобеспечения.

Старение человеческого организма следует рассматривать как процесс ухудшения функционирования его сложных систем во времени вследствие общего накопления энтропии (хаоса) на всех их структурных уровнях.

Говоря о старении человека, всегда имеют в виду целостный организм, иначе проблема рассыпается на старение отдельных его частей, в каждой из которых этот процесс протекает по-разному качественно и количественно.

Поскольку типичные биологические признаки старения, например, кахексия, тиреоидные расстройства, гипоксия, обезвоживание, схожи с различными патологическими состояниями, в ряде случаев возникает ошибочное представление, что старение есть сумма заболеваний или болезнь. Поэтому справедливо мнение И.В. Давыдовского (1966), что неправомерно говорить о причине старения, а нужно рассматривать его как биологическую целостность, такой же период, как и детство.

Старение организма — это универсальный процесс постоянного снижения уровня функционирования сложной открытой самообновляющейся системы во времени, затрагивающий все уровни ее организации, вследствие изначально присущему целостной системе данного организма свойству ослабления способности к самообновлению всех ее компонентов. Данный процесс протекает разными темпами, с преобладанием каких-либо проявлений, осуществляется разными механизмами, реализуясь различными типами старения. Последнее может быть "нормальным" или "патологическим", вызванным болезнью, либо на него могут накладываться заболевания, изменяющие его темп, проявления или главенствующие механизмы. Однако во всех случаях старение сопровождается снижением устойчивости целостного организма к неблагоприятным внешним и внутренним факторам.

Как уже говорилось выше, старение — это не болезнь, но развивающиеся в процессе него морфофункциональные изменения оказывают существенное, чаще всего отягчающее, влияние на течение основного заболевания. Кроме того, по мере старения накапливается и число заболеваний, что создает синдром взаимного отягощения.

При оценке влияния патологических процессов на старение необходимо учитывать достаточно быстрое развитие симптомов постарения вследствие стрессовых воздействий как результата внезапно развившегося заболевания, например, острого воспалительного процесса в брюшной полости, перфорации полых органов, ущемления грыжи и др., которые, равно как и психическая травма, влияют на функции лимбических структур и высших корковых отделов мозга. Особый интерес представляет обнаружение при этом гипоплазии иммунной системы, особенно Т-регуляторных клеток, снижение смешанной культуры лимфоцитов.

Старение человека характеризуется изменением ряда важных физиологических функций. Так, уменьшение содержания внутриклеточной жидкости, снижение сердечного индекса, скорости клубочковой фильтрации и почечного кровотока, максимальной емкости легких, скорости кровотока самым неблагоприятным образом влияют па течение возникшего или обострившегося патологического процесса. Выраженное при старении снижение потенциала клеточного роста отрицательно сказывается на процессах регенерации и заживления операционной раны.

В последние годы много внимания уделяется состоянию, называемому *синдромом хронической усталости* (СХУ). По своим проявлениям он схож с астенией, неврастенией, астенией переутомления; часто за различными неспецифическими расстройствами скрывается именно этот синдром.

Термин "синдром хронической усталости" предложен в 1988 г. Y. Holmes. В англоязычной литературе он фигурирует как "Chronic Faligne Syndrome", но существует мнение, что его следует заменить расширенным термином — "синдром хронической утомляемости и иммунной дисфункции", так как последний более полно отражает патофизиологическую сущность данного состояния. Особенности течения поставили исследователей перед необходимостью отделить СХУ от других заболеваний, что дало возможность сформировать единые критерии синдрома, позволившие выделить его в отдельную нозологическую форму.

На основании значительного числа работ, посвященных СХУ (Buchwald D., 1991, 1992; Cottoto P., 1991; Yawrie S.M., 1995; Завалишин И.А., Захарова М.Н., 1994; Арцимович Н.Г. и соавт., 1994; Гусев Е.И., 1996; Подколзин А.А., 2000, и др.), Y.F. Yoldstein определил этот синдром как мультипричинную патологию, характеризующуюся нейроиммунными расстройствами, которая развивается у генетически предрасположенных личностей в результате активации иммунной системы в ответ на действие ряда инфекционных агентов, обычно вирусной природы. СХУ проявляется выраженными симптомами дисрегуляции ЦНС, причем на первый план выступают нервно-психические нарушения в виде астеноподобного синдрома.

Клинические критерии СХУ были разработаны и утверждены рядом авторитетных организаций США, в том числе и Международным центром контроля за заболеваниями. Этих критериев придерживается и Российский национальный геронтологический центр. Представители этого центра рассматривают старение как естественную модель синдрома хронической усталости (Донцов В.И., 2000). Сопоставление СХУ и старения наглядно демонстрирует значительное сходство как в патогенетических механизмах, так и в проявлениях (общих и ряда специфических); кроме того, способы лечения СХУ и старения также практически одинаковы. Все это наводит на мысль об общности рассматриваемых состояний.

Мы уже указывали, что старение — это сложный феномен целостного организма, результат реализации наследственных программ его развития. Описывать старение теоретически можно только с позиции общих теорий, и теория систем является наиболее удобной (Донцов В.Н., 2000). С точки зрения теории систем, организм — сверхсложная, самоуправляемая и саморегулирующаяся система, восстанавливающая свою целостность в ходе процессов самообновления и находящаяся в равновесии с постоянно меняющимися условиями внешней среды — принципиально открытая система. Именно потому, что система по своей сути является открытой (постоянное взаимодействие с окружающей организм средой), уменьшения этой открытости (а это наиболее характерный признак старения, проявляющийся в снижении со временем адаптационных возможностей организма) уже достаточно для ее деградации.

Повышение степени закрытости организма, о чем свидетельствует увеличение необновляемых элементов, числа поломок, общая "зашлакованность", камни в почках и желчном пузыре, застойные процессы в кишечнике, капиллярном кровотоке, накопление медленно делящихся клеток, внутриклеточных отложений, — результат общего процесса, называемого старением.

Для обновляющихся структур, каковой является организм человека, характерно то, что со временем они не только видоизменяются и погибают, но и самовоспроизводятся. Старение их связано целиком со *скоростью самообновления*.

Уровень самовоспроизведения в значительной мере определяется регуляторными влияниями со стороны нервной, эндокринной, иммунной систем и иных уровней саморегуляции. Недостаток и изменение регуляторных влияний является основой старения слизистых оболочек, внутренних органов, многих типов тканей. Поэтому широкое воздействие на регуляторные системы организма лежит в основе замедления процессов старения; при этом не следует навязывать организму чужие ритмы, а стараться использовать его собственные силы и энергоинформационные влияния. Наиболее эффективны и безопасны методы, основанные на принципе действия "факторов малой интенсивности".

На основании современного представления о процессах старения организма разработаны методы длительного поддержания повышенной резистентности, которые можно расценивать как способ биостимуляции, сдерживания и обращения старения. Общая идея этих методов (Гаркави Д.Х. и соавт.) состоит во введении организма в состояние повышенной сопротивляемости. Старение организма, сопровождающееся снижением физиологической активности, дисгармонией отдельных регуляторных систем и распадом целостной регуляторной системы организма, а также увеличением числа хронических заболеваний, является идеальным объектом для приложения реакции активации. Ее используют для профилактики, снижения темпов старения, повышения физической и психической активности.

К средствам внешнего воздействия, замедляющим старение и продлевающим жизнь, можно отнести диеты (энергоограничивающие, белокдефицитные и триптофандефицитные), средства повышения двигательной активности, регуляцию ингибиторов транскрипции и трансляции (энтеросорбция, введение глюкокортикоидов и неробола, комплекс витаминов, антирегуляторная антитоксическая сыворотка, отрицательное электростатическое поле, повторные введения лимфоцитов, введение тимических гормонов) иммуностимуляторы, иммуносупрессанты (подавление аутоиммунных процессов и Т-супрессоров), средства, индуцирующие регенерацию органов, а также биоактивацию функций магнитными полями малой интенсивности, воздействие миллиметровыми волнами.

Изменения, происходящие в стареющем организме человека, сказываются самым неблагоприятным образом на проявлениях возникшего заболевания; в пожилом возрасте нарушаются метаболические процессы, угнетаются естественные защитные механизмы, замедляются процессы восстановления нарушенных функций в органах и системах. Все это создает определенные трудности в постановке диагноза, лечении возникшего заболевания, снижает переносимость необходимых хирургических вмешательств, предъявляет особые требования к выбору методов обезболивания и использованию лекарственных веществ.

Известные признаки синдрома хронической усталости, присущие лицам старшей возрастной группы и связанные с ним определенные *психологические и эмоциональные особенности* нередко не позволяют получить четкие анамнестические данные и выявить ряд симптомов, что мешает правильному установлению хирургического диагноза. Часто внимание пациента зафиксировано на длительно существующих хронических заболеваниях, это отвлекает от основных признаков, послуживших причиной госпитализации. Присущие пожилому возрасту гипертрофия болевых ощущений или, наоборот, притупление их мешают выявлению многих важных симптомов и их оценке. Это ведет к необходимости более широкого использования инструментальных и лабораторных исследований. Увеличение числа сопутствующих заболеваний или, правильнее, одновременное течение нескольких заболеваний требует привлечения к диагностическому процессу нескольких специалистов для совместного определения роли каждого из них.

Поскольку особенностью хирургического лечения является необходимость проведения оперативных вмешательств, являющихся, несомненно, фактором агрессии, возникает проблема переносимости пациентом пожилого возраста хирургических операций. Поэтому риск всегда необходимо сопоставлять с реальными возможностями конкретного больного. Следует учитывать и резервные возможности организма, грамотно воздействовать на их активацию. Оценка резервных возможностей организма необходима не только для решения вопроса о проведении самой операции, но и для выбора ее рационального объема, хирургического доступа и адекватного обезболивания. Кроме того, решая вопрос о хирургической операции, нужно помнить, что многие пожилые люди, особенно страдающие ишемической болезнью сердца, длительное время принимают аспирин. Последний ослабляет факторы свертывания крови, и это может привести к кровотечениям в раннем послеоперационном периоде. Поэтому, если выясняется, что пациент принимает дезагрегационные средства, следует использовать их ингибиторы. Особенно это важно при выполнении экстренных операций, когда нет времени выжидать завершения периода отмены.

Операционный риск в целом определяется многими факторами: состоянием пациента, его полом и возрастом, характером и объемом операции, видом и продолжительностью анестезии и самой операции, наличием сопутствующих заболеваний, особенно инфаркта миокарда, ИБС, ГБ, ревматических пороков сердца, легочного сердца, гипотонии, анемии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, аллергии, пневмонии. Самые важные из этих факторов учтены в ряде классификаций операционного риска (классификация Г.А. Рябова, классификация Н.Н. Малиновского, 1973 и др.).

Классификация операционного риска

(по Н.Н.Малиновскому, 1973)

Объем операции: небольшой (1 балл); умеренный (2 балла); значительный (3 балла); особые условия, повышающие ее риск (4 балла).

Хирургическая патология: неосложненные хронические доброкачественные новообразования (0,5 балла); неосложненные острые злокачественные новообразования (1 балл); осложненная хирургическая патология (1,5 балла); крайне тяжелая осложненная хирургическая патология (2 балла).

Сопутствующие заболевания: преимущественно функционального характера (0,5 балла); с органическими изменениями и функциональными нарушениями (1 балл); органические заболевания со стойкой декомпенсацией (1,5 балла); сочетание общих органических изменений со стойкими функциональными нарушениями (2 балла).

Возраст: до 50 лет (0 баллов), 51-60 лет (0,5 балла), 61-70 лет (1 балл), старше 70 лет (1,5 балла).

Степень риска:

I степень — очень малый (1,5-2 балла);

II степень — небольшой (2,5-3 балла);

степень — умеренный (3,5-4 балла);

степень — большой (5-6,5 балла);

V степень — крайне высокий (7-9,5 балла).

Учитывая результаты специальных клинических, патофизиологических и социальных исследований у лиц пожилого и старческого возраста, в отношении этой категории больных и инвалидов целесообразно руководствоваться такими классификациями, которые, во-первых, просты в применении, а во-вторых, содержат возрастные критерии и оценку степени тяжести патологии.

С наибольшими трудностями связано обеспечение безопасности операционного и послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих серьезными, присущими возрасту функциональными нарушениями, в том числе с резко сниженной сократительной функцией миокарда, с ИБС со сниженной фракцией выброса вследствие ранее перенесенного инфаркта миокарда. Очень ответственно следует подходить к выбору вида и режима обезболивания у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), прежде всего у мужчин, многие годы злоупотребляющих курением. У лиц старческого возраста следует обращать внимание не только на полноценное обезболивание самой операции, но и на влияние обезболивающих препаратов и лекарств, их сопровождающих, на основные системы жизнеобеспечения, прежде всего сердечно-сосудистую и дыхательную, которые у данной категории людей в достаточной степени дискредитированы как возрастными изменениями, так и приобретенными заболеваниями. По этой причине не случайно в последние годы все большее распространение получают различные виды регионарной анестезии, прежде всего спинальной, эпидуральной и их сочетания; они применяются не только при операциях на органах малого таза и нижних конечностях, но и при вмешательствах в верхних отделах брюшной полости, в частности на желчевыводящих путях, и являются обоснованной альтернативой общему обезболиванию. При этом нужно тщательно подбирать современные седативные препараты и лекарственные средства, быстро прекращающие их действие. Респираторная поддержка без управляемого дыхания служит хорошим дополнением регионарной анестезии. Разумеется, все это не исключает использования современного наркоза с ИВЛ, а также различных видов аналгезии.

Гемодинамика у пожилых больных во время операции должна быть стабильной, в связи с чем своевременное адекватное восполнение кровопотери у данного контингента — весьма актуальный вопрос (так как незначительное кровотечение может привести к необратимой декомпенсации сердечно-сосудистой системы). Во время проведения современных реинфузионных мероприятий следует стремиться к тому, чтобы максимально собрать изливающуюся в полости кровь. При этом целесообразнее аппаратная реинфузия.

У лиц пожилого и старческого возраста определенные особенности имеет проведение диагностических лапаро - и торакоскопии. Их следует учитывать при подготовке больного к обследованию и при его выполнении. Для проведения торакоскопии необходимо адекватное полноценное анестезиологическое и реанимационное обеспечение, так как даже частичный пневмоторакс при фоновых заболеваниях у стариков может усугубить расстройства дыхания и сердечной деятельности. Торакоскопия может быть выполнена под местной новокаиновой анестезией, включающей обезболивание смежных межреберий, а также шейную вагосимпатическую (на стороне исследования) или загрудинную новокаиновую блокаду. Данный вид обезболивания способствует профилактике тяжелых расстройств дыхания и сердечной деятельности. При самостоятельном дыхании больному должна быть обеспечена инсуффляция увлажненного кислорода, а премедикация, помимо аналгезирующих и спазмолитических средств, включать коронаро - и бронхолитические средства. Кроме того, при всех исследованиях у больных старших возрастных групп должна быть обеспечена полная готовность для проведения ИВЛ. Следует подчеркнуть, что торакоскопия и увеличение коллапса легкого у больных старших возрастных групп возможны только при полной гарантии компенсации другим легким нарушенной функции дыхания в течение небольшого периода времени. Следовательно, продолжительность исследования должна быть максимально короткой. Одновременно при торакоскопии необходим постоянный контроль за показателями гемодинамики.

У большинства пациентов пожилого и старческого возраста межреберные пространства широкие, поэтому не всегда нужно прибегать к укладке больного на валик, которая способствует ухудшению вентиляции легкого на стороне, противоположной исследованию, и обеспечивает дополнительное расширение межреберий. При плеврите экссудат полностью эвакуируют и замещают его равным количеством кислорода.

Из-за угрозы декомпенсации дыхания и сердечной деятельности торакоскопию у больных пожилого и старческого возраста следует выполнять в условиях ограниченного пневмоторакса: при необходимости его увеличивают на короткое время. Следует также постоянно контролировать герметичность плевральной полости и предупреждать дополнительное спадение легкого. У больных, страдающих эмфиземой, пневмосклерозом, хроническим бронхитом, значительное спадение легкого нередко невозможно из-за потери им эластических свойств. Поэтому торакоскопическими инструментами и оптической системой в большинстве случаев приходится работать в ограниченном пространстве. Этот факт нужно также учитывать при выполнении торакоцентеза. Прокол грудной стенки надо выполнять осторожно, поскольку из-за дряблости мышц и других тканей грудной стенки они легко расслаиваются стилетом, а чрезмерное усилие может привести к повреждению близко расположенных органов. В значительном числе случаев у лиц пожилого возраста неоднородность ткани, затрудняющая введение стилета, обусловлена наличием спаек различного генеза.

Лапароскопия (перитонеоскопия) как диагностический метод не относится к простым хирургическим вмешательствам в целом, а у лиц преклонного возраста с присущим им опущением внутренних органов требует специальной подготовки и хороших навыков. Ее должен производить врач, имеющий необходимый опыт не только в технике обследования, но и в трактовке эндоскопических картин с учетом возможных возрастных топографических изменений.

Общая переносимость внутриполостной операции во многих случаях определяется хирургическим доступом, а не самим внутриполостным вмешательством. Поэтому развитие малоинвазивной хирургии позволило расширить показания и возможность выполнения многих хирургических операций у лиц пожилого и старческого возраста, поскольку при этом уменьшается травматичность самого вмешательства и заметно ускоряются сроки заживления операционной раны, что, в свою очередь, вместе с уменьшением потребности в анальгетиках позволяет активизировать пациента после операции в более ранние сроки. Последнее имеет немалое значение в профилактике послеоперационных пневмоний и тромбоэмболических осложнений.

Операции из малых доступов, как эндоскопические, так и открытые с применением набора инструментов мини-Ассистент, получили большое распространение в хирургии желчевыводящих путей и во многих клиниках и районных больницах вытеснили традиционные операции из широкого лапаротомпого доступа, что значительно улучшило исходы, уменьшило число послеоперационных осложнений и снизило послеоперационную летальность. В этой связи заслуживают поддержки распространение сосудистых операций на нижнем сегменте аорты и ее бифуркации с аортобедренным шунтированием, которые успешно выполняются из мини-доступа.

Говоря о малоинвазивных хирургических вмешательствах, следует иметь в виду и дренирование жидкостных образований, как органных, так и внеорганных, в том числе и гнойников, под контролем ультразвукового сканирования и компьютерной томографии без широкого рассечения тканей, выполнение которых во многих клиниках существенно снизило послеоперационную летальность и уменьшило время пребывания пациента в стационаре. О перспективности этих вмешательств свидетельствует, например, чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря при остром холецистите, отягощенном сопутствующими заболеваниями, нередко в стадии декомпенсации у лиц пожилого и старческого возраста. Это вмешательство позволяет обеспечить декомпрессию пузыря, его санацию и отложить холецистэктомию до того времени, когда будет ликвидирован эндотоксикоз и признаки декомпенсации жизненно важных функций.

Заслуживают внимания и лапароскопические безнатяжные способы лечения обширных вентральных грыж, корригирующие операции при рефлюксной болезни пищевода, эндоскопическое удаление некоторых опухолей забрюшинной клетчатки и надпочечника у больных пожилого возраста.

Расширение границ хирургии малых доступов и миниинвазивных вмешательств — одно из перспективных направлений гериатрической хирургии, так как, по мнению большинства хирургов, преклонный возраст больного и наличие сопутствующих заболеваний не могут служить противопоказанием к оперативному лечению из малых доступов не только в стадии компенсации заболевания, но и в неотложной хирургии при обострении болезни или ее осложнении.

Представляет большой интерес хирургическое лечение ишемической болезни сердца, которое в последние годы получило широкое распространение. И хотя идеальным кандидатом для проведения операции прямой реваскуляции миокарда является пациент моложе 70 лет, по мнению известного кардиохирурга Р.С. Акчурина (2003), преклонный возраст сам по себе не является противопоказанием к операции. Кроме того, у лиц пожилого возраста с ишемической болезнью сердца возможны и менее травматичные вмешательства, такие как ангиопластика, стентирование суженных коронарных артерий, трансмиокардинальная лазерная реваскуляризация.

Одна из многочисленных групп больных — это пациенты с заболеваниями артерий атеросклеротического характера. Успехи реконструктивной хирургии артериальных сосудов позволили заметно улучшить результаты операций, даже у больных с мультифокальным атеросклерозом, когда поражены не только сосуды нижних конечностей, но и внутренняя сонная артерия. Очень важно у этих пациентов выявить характер и уровень поражения, определить степень ишемии. Этому существенно помогает ультразвуковое дуплексное сканирование. Но чтобы эффективно его использовать, необходима подготовка врачей — узких специалистов по ультразвуковой диагностике, а также накопление личного опыта и, конечно, оснащение современной сонографической аппаратурой.

Успехи сосудистой хирургии, особенно у лиц пожилого возраста, кроме того, определяются и более широкой подготовкой врачей-ангиологов, которые смогут обеспечить квалифицированный отбор пациентов для своевременного направления на операции.

Опыт многих специализированных отделений сосудистой хирургии подтверждает перспективность более широкого использования хирургических методов лечения окклюзионных заболеваний кровеносных сосудов. Риск выполнения хирургических операций возрастает с увеличением возраста больных, это касается и венозных тромбоэмболических осложнений (Савельев B.C., 2003). Варикозная болезнь нижних конечностей и хроническая венозная недостаточность, распространенность которых весьма велика и обнаруживается более чем у половины населения развитых стран, в значительной степени относится к проблемам лиц старшей возрастной группы.

Трофические язвы, являющиеся самым распространенным осложнением хронической венозной недостаточности нижних конечностей, встречаются у 2% взрослого населения; у лиц старше 65 лет частота трофических язв возрастает в 3 раза и более, достигая 3-6%. Важно подчеркнуть, что среди пожилых людей, страдающих этим заболеванием, преобладают малообеспеченные и одинокие, для которых приобретение нередко дорогостоящих лекарств и обслуживание себя часто сопряжены с непреодолимыми трудностями. Своевременное лечение еще не осложненных форм варикозной болезни, которое нередко можно осуществить в амбулаторных условиях, — очень важное направление амбулаторной хирургии.

В последние годы благодаря совершенствованию хирургии за счет использования современной диагностической аппаратуры и хирургических инструментов и приборов, прогрессу анестезиологии и реаниматологии расширились возможности выполнения многих операций у лиц пожилого и старческого возраста, в том числе при заболеваниях легких, раке ободочной и прямой кишки, заболеваниях желчевыводящих путей, осложнениях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, расширении вен пищевода и желудка, повысились возможности энтерального питания и послеоперационной аналгезии.

Своевременное хирургическое лечение различных грыж брюшной стенки, варикозной болезни нижних конечностей, желчнокаменной болезни и других заболеваний, которые прогрессируют у лиц старшей возрастной группы, наряду с обоснованной профилактикой старения, являются перспективными направлениями в клинической геронтологии.

Дальнейшая разработка более совершенных способов диагностики и лечения хирургических заболеваний у пожилых и старых людей является важнейшей задачей геронтологии, как и программа разработки средств биокорреляции, биоактивации и продления жизни, поиск новых биостимуляторов и биоиммунокорректоров, схем лечения синдрома хронической усталости и других методов улучшения качества жизни пожилых и старых людей.

Наконец, представляется необходимым постоянное совершенствование врачей, в том числе и хирургов, в рамках последипломного образования по различным аспектам клинической геронтологии, ибо базовое медицинское образование по этому разделу явно недостаточно. Кроме того, требуется интеграция специалистов различного клинического профиля и геронтологов для решения наиболее значимых проблем лечения больных пожилого и старческого возраста.

**Принципы выбора хирургической тактики при желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста**

На протяжении нескольких веков медицинская наука изучает проблему желчнокаменной болезни. Достижения в ее диагностике и лечении очевидны. Однако, несмотря на высокий уровень современной медицины, число больных с осложненными формами этого заболевания, к сожалению, не уменьшается.

Основным методом устранения холелитиаза и его осложнений пока остается хирургический. Следует подчеркнуть, что в отличие от развитых стран Западной Европы, где подавляющее большинство операций выполняется при неосложненном холецистите, в России более 50% больных оперируется по поводу острого холелитиаза и его осложнений, что неминуемо влечет за собой значительное число послеоперационных осложнений и относительно высокую летальность. Так, у больных старшей возрастной группы послеоперационная летальность при осложнениях желчнокаменной болезни (ЖКБ) достигает 12-20% (Ветшев П.С. и соавт., 1998; Дадвани С.А. и соавт., 2000).

По данным статистических исследований последних лет, ЖКБ страдает почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Примерно у четверти населения РФ старше 60 лет и трети населения старше 70 лет имеются желчные камни. Западноевропейские статистики свидетельствуют, что у 10-15% населения Европы есть камни в желчных путях. Наиболее низкая распространенность холелитиаза отмечена в последние десятилетия в Ирландии (5%), а наиболее высокая — в Швеции (38%). Франция, Италия, Великобритания но распространенности ЖКБ занимают промежуточное положение (8, 10, 25% соответственно). В США насчитывается около 20 млн. больных ЖКБ.

Холецистэктомия при ЖКБ является самой частой операцией, в мире выполняется ежегодно более 500 тыс. холецистэктомий. В России число ежегодно производимых холецистэктомий превышает 110 тыс.

Результаты исследований отечественных авторов (Дедерер Ю.Г. и соавт., 1983, Ветшев П.С. и соавт., 1998; Дадвани С.А. и соавт., 2000) свидетельствуют, что число больных ЖКБ за каждые последующие 10 лет увеличивается в 2 раза. У каждого пятого-шестого пациента с камнями в желчном пузыре выявляются камни в желчных протоках. Половина больных холедохолитиазом страдает стриктурами большого дуоденального сосочка, которые приводят к тяжелым осложнениям (обтурационной желтухе, холангиту, холангитическим абсцессам печени и др.).

Повышение абсолютного числа больных ЖКБ как следствие увеличения средней продолжительности жизни населения сопровождается и повышением абсолютного числа ее осложненных форм, среди которых одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз, который, по данным разных авторов, встречается в 3,2-22,3% случаев (Д.Б. Лазебник, 1999; И.Н. Малиновский с соавт., 1993; Ю.П. Никитин с соавт., 1996),

Значительную долю больных, оперируемых по поводу ЖКБ и ее осложнений составляют лица пожилого и старческого возраста.

Многообразие современных методов лечения холелитиаза и его осложнений (литолитическая терапия, литотрипсия, эндоскопические методы, хирургия малых доступов, традиционная хирургия и др.) делает нелегкой задачу индивидуального выбора лечения заболевания в каждом конкретном случае. Когда речь идет об оперативном лечении, чрезвычайно важно определить вероятный его прогноз у конкретного больного. Это помогает принять правильное решение не только хирургу но также больному и его родственникам.

Прогноз будет тем точнее, чем опытнее хирург в лечении данной патологии и чем полнее исходная информация о состоянии гомеостаза больного.

В условиях ургентной хирургии оценка тяжести состояния больного хирургом носит в известной степени субъективный характер. Поэтому для хирургии и анестезиологии характерно отчетливое стремление получить максимально возможное представление о степени операционного риска у каждого конкретного больного, т.е. о том, насколько вероятно развитие в послеоперационном периоде осложнений (включая летальный исход), обусловленных как основным заболеванием, так и сопутствующей патологией. Помимо функционального состояния больного, на степень операционного риска влияет травматичность операции, прогноз, тактика лечения, объем и длительность предоперационной подготовки. Во многом операционный риск зависит от квалификации, опыта и одаренности хирурга, а эти параметры очень трудно оценить и учесть (С.А. Дадвани, М.И. Прудков, A.M. Шулутко, 2000; Adams А.К., 1987).

Своевременная диагностика и целенаправленное лечение ЖКБ и ее осложнений остается в наше время актуальной проблемой учреждений хирургического профиля. Причинами этого являются как рост количества больных с данной патологией, так и увеличение среди них числа лиц пожилого и старческого возраста.

Возраст больного не является противопоказанием к оперативному пособию, однако характер инволютивных изменений органов и систем у лиц старше 60 лет заставляет рассматривать эту категорию больных как наиболее неблагоприятную в плане развития различных осложнений и требующую адекватной предоперационной подготовки (П.С. Ветшев с соавт., 1998; С.А. Дадвани с соавт, 2000; Adams А.К., 1987).

Изменения, происходящие в желчевыделительной системе у больных пожилого и старческого возраста, характеризуются *уплотнением и утолщением стенки желчного пузыря, увеличением его объема и снижением двигательной активности*. Эти отклонения в 82,3% случаев сочетаются с признаками атеросклеротического поражения аорты. Сопутствующая ИБС не влечет за собой дополнительных изменений в состоянии желчевыделительной системы. Возможность наличия возрастных изменений функционально-структурного состояния желчевыделительной системы необходимо учитывать при обследовании и лечении пациентов старше 60 лет (Г.М. Бутенко, 1987).

У больных пожилого и старческого возраста наблюдается более выраженная супрессия гуморального звена иммунитета, которая затрагивает все его основные показатели. Гнойное воспаление желчного пузыря принципиально изменяет характер иммунных нарушений, так как в патологический процесс вовлекается Т-звено иммунной системы. У больных с деструктивным холециститом отмечается супрессия показателей и клеточного и гуморального звеньев иммунитета. При этом у них наблюдается стимуляция показателей фагоцитарной активности лейкоцитов на фоне палочкоядерного нейтрофилеза и лимфоцитопении (Г.М. Бутенко, 1987). У больных преклонного возраста значительно чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита, характеризующиеся высокой частотой осложнений и летальности. Основными причинами летальных исходов, как правило, являются – сердечнососудистая недостаточность (30-35%), печеночно-почечная недостаточность (23-25%), тромбоэмболии (14-16%). Летальность в старших возрастных группах в 2-4 раза превышает таковую у молодых больных, особенно при осложненных формах ЖКБ. С внедрением в практику малоинвазивных хирургических технологий появились возможности значительно снизить эти показатели (Arcelus J.I. et al., 1993; Bamunberg J.J. et al, 1995; Dunsmuir В., 1993). В ведущих хирургических клиниках до 95% операций по поводу ЖКБ и ее осложнений выполняются при помощи видеолапароскопии или минилапаротомии. И тот, и другой метод имеет свои преимущества и недостатки. Напряженный пневмоперитонеум при видеолапароскопической операции приводит к нарушению сердечно-сосудистой деятельности, сдавлению диафрагмы, ведущему к уменьшению остаточной емкости легких и развитию гиперкапнии, сдавлению венозных стволов забрюшинного пространства, сопровождающемуся нарушением циркуляции крови в нижних конечностях и увеличением вероятности тромбообразования. Положение Фовлера с углом наклона 45° существенно усугубляет венозный стаз. Эти и некоторые другие особенности видеолапароскоппческих операций ограничивают их применение в ряде клинических ситуаций, особенно ургентых (Bardociki G. et al., 1993; Beebe D.S. et al., 1991; Cottin V. et al., 1996; Dunsmuir В., 1993).

"Открытые" лапароскопические операции из мииидоступа при остром и хроническом калькулезном холецистите, реализуемые комплектом инструментов "Мини-Ассистент", являются современной малоинвазивной методикой, позволяющей, с одной стороны, получить результаты, сопоставимые с лапароскопическими операциями, а с другой — выполнить нетравматичную операцию в тех ситуациях, когда видеолапароскопическая методика невыполнима или рискованна. Приемы оперирования из минидоступа практически не отличаются от традиционных. Основным недостатком метода является ограниченный обзор брюшной полости ( Прудков М.И., 1993, 1997; Прудков М.И. с соавт., 1996; Дадвани С.А. и соавт., 2000).

Оставаясь на протяжении многих лет "золотым стандартом", традиционное хирургическое пособие при ЖКБ не потеряло своей актуальности и сегодня. Однако в современных условиях оно применяется в основном при различных осложнениях ЖКБ, когда малоинвазивное пособие невозможно либо заведомо неэффективно. *Таким образом, складывается достаточно парадоксальная ситуация — у наиболее тяжелой категории больных хирургическое вмешательство осуществляется максимально травматичным способом, что неизбежно сопровождается высокой частотой послеоперациоиных осложнений и летальных исходов.* Дальнейшее совершенствованиетехники операций малых доступов в комбинации с холедохоскопией, внедрением контактной, лазерной или электрогидравлической литотрипсии позволит уменьшить эти показатели.

**Хирургическая тактика при камненосительстве (хроническом калькулезном холецистите)**

Несмотря на то, что в последние годы хирургическое лечение бессимптомного холецистолитиаза не рекомендуется, по мнению подавляющего большинства хирургов, в случаях высокой вероятности развития осложнений холецистэктомия показана даже при бессимптомном холецистолитиазе.

Сочетание бессимптомного холецистолитиаза с холедохолитиазом ситуация нечастая, она встречается в 0,5-2,5% от всех случаев холедохолитиаза. Частота ходедохолитиаза при ЖКБ составляет 8-35%, подавляющее большинство случаев представлено его сочетанием с хроническим калькулезным холециститом. При этом приблизительно у 20% больных имеются молчащие камни общего желчного протока, что обусловлено неполной его обструкцией. Такие больные требуют тщательного предоперационного обследования (Прудков М.И., 1997; Прудков М.И. с соавт., 1996).

Еще раз отмечу, что сам по себе возраст пациента не является противопоказанием к хирургическому вмешательству. Выбор же оперативной методики базируется на анатомических и физиологических особенностях больного и возможностях каждой конкретной клиники и хирурга. Своевременное же хирургическое лечение больных путем выполнения плановых оперативных вмешательств старших возрастных групп является залогом улучшения результатов лечения, методом профилактики осложнений.

По данным Б.С. Брискина (2006), холецистэктомия в старшей возрастной группе больных сопровождалась послеоперационной летальностью при традиционном пособии — 0,6%, при "открытой" лапароскопической холецистэктомии (ОЛХЭ) — 0,25%, при видеолапароскопической холецистэктомии (ВЛХЭ) — 0. Послеоперационные осложнения составили 10%, 4%, 4% соответственно.

Методами выбора являются ВЛХЭ и ОЛХЭ.

**Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите**

В хирургии осложненных форм ЖКБ от правильно выбранного решения зависит жизнь пациента, в то же время ургентность ситуации часто вынуждает хирурга действовать в условиях дефицита информации о состоянии органов и систем больного и возможностях компенсации. Правильный прогноз и объективная оценка тяжести состояния позволяют принять альтернативное оперативному вмешательству решение и склониться в пользу малотравматичных миниопераций с перенесением наиболее травматичного этапа лечения на безопасный для больного период.

На протяжении более чем ста лет основным методом лечения ЖКБ и ее осложнений была открытая операция — холецистэктомия в различных вариантах, однако число осложнений после этих вмешательств долгое время оставалось высоким и не имело тенденции к снижению. Данные сводных статистик разных лет красноречиво свидетельствуют о 8-30% послеоперационных осложнений при летальности до 3-7%.

Многие десятилетия продолжался спор между сторонниками активной и консервативно-выжидательной тактики хирурга при остром холецистите. В результате сказалось, что *показатели летальности и осложнений при любой тактике статистически близки друг другу и одинаково печальны.* Причиной неудовлетворительных результатов была достаточно стабильная группа больных, как правило, пожилого и старческого возраста, с множественными сопутствующими заболеваниями, которые не были в состоянии перенести холецистэктомию в острой стадии заболевания при любой хирургической тактике. Сторонники различных тактических концепций однозначно признают следующее: следует, по возможности, отказаться от "ночных" операций.

Ключом к решению проблемы стала разработка двухэтапного метода лечения: первый этап, реализуемый под контролем лапароскопа или УЗИ, заключается в пункции или микрохолецистостомии, т.е. одномоментной или пролонгированной декомпрессии и санации желчного пузыря. Устранение ведущего патогенетического фактора острого деструктивного холецистита — повышенного внутрипузырного давления — позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни и подготовить больного ко второму — радикальному этапу хирургического лечения, который проводится в сравнительно безопасном периоде.

Двухэтапный метод лечения значительно улучшил результаты хирургического лечения острого холецистита у больных "угрожаемой" группы (повышенного риска). Естественно, сроки пребывания больного в стационаре при этом увеличились, и появились новые, хотя и немногочисленные, осложнения, связанные с пункцией желчного пузыря или микрохолецистостомией. В результате была разработана активно-выжидательная тактика лечения больных острым холециститом, суть которой сводится к следующему:

Экстренная, особенно "ночная", операция показана только при остром холецистите, осложненном явлениями диффузного перитонита.

Оптимальные сроки выполнения холецистэктомии — 24-72 ч от начала заболевания.

Больным "угрожаемой" группы показана двухэтапная тактика лечения.

По поводу первого пункта нужно внести некоторые пояснения. Основная летальность при остром деструктивном калькулезном холецистите, безусловно, приходится на больных, у которых при поступлении в стационар имеются явления перитонита, определяющие показания к экстренной операции. Эта категория больных должна рассматриваться отдельно, ибо наличие перитонита — качественно отличная от острого холецистита ситуация, и вопрос принятия решения, а также прогноз зависят уже не столько от острого холецистита, сколько от давности и распространенности перитонита. Высокая послеоперационная летальность регистрируется у тех больных, которым ранее, в связи с наличием сопутствующих заболеваний или по возрасту, было отказано в плановом оперативном вмешательстве.

Что касается двухэтапного хирургического лечения, то в отношении него можно сказать следующее. Разработка критериев отбора больных для двухэтапного хирургического лечения являлась целью многочисленных исследований. Опыт показывает, что для определения степени операционного риска в данном случае могут быть использованы любые тесты и методы. Точность прогноза при этом всегда относительна и решающее значение имеют клинический опыт хирурга и анестезиолога.

Внедрение операций малых доступов позволило значительно ограничить показания к двухэтапному методу лечения, поскольку большинство пациентов переносят ВЛХЭ и ОЛХЭ в острой стадии заболевания.

Двухэтапную тактику можно рекомендовать при сроках от начала заболевания более 72 ч, у пациентов с тяжелыми сопутствующими и конкурирующими заболеваниями. Второй этап после пункции желчного пузыря или микрохолецистостомии может быть реализован при помощи ВЛХЭ или ОЛХЭ - выбор метода во многом зависит от опыта оперирующего хирурга и оснащенности хирургического стационара.

По нашим данным, послеоперационная летальность в группе больных с острым калькулезным холецистите при традиционном пособии составила 1,8 %, при двухэтапном лечении — 1,2%, при ОЛХЭ — 0. Местные послеоперационные осложнения составили 7,4%, 3,01% и 5,6%, общесоматические — 9,8%, 10,6% и 7 соответственно.

У больных пожилого и старческого возраста с ЖКБ и ее осложнениями в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями не всегда удаются радикальные операции с использованием малоинвазивных методик. Поэтому даже в наши дни стоит сбрасывать со счетов такую давно известную операцию, как холецистостомия. Порой только она оказывается спасительной для самых ослабленных больных.

**Хирургическая тактика при калькулезном холецистите, сочетающемся с поражением внепеченочных желчных протоков**

Несмотря на растущее число публикаций, пропагандирующих видеолапароскопические вмешательства на общем желчном протоке, широкого распространения подобные операции не получили. Это объясняется тем, что их проведение связанно со значительными техническими трудностями, большим риском интраоперационных и послеоперационных осложнений, недостаточным опытом практических хирургов в выполнении таких операций, необходимостью использования дорогостоящего оборудования и инструментария. Видеолапароскопические операции при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального cocoчка (БДС), терминального отдела общего желчного протока, осуществляются только в крупных хирургических центрах, самым современным оснащенным оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными специалистами.

"Открытые" лапароскопические операции технически проще, сопровождаются меньшим числом осложнений, более доступны широкому кругу хирургов, не требуют дорогостоящего оборудования. Однако лапароскопические операции на внепеченочных желчных протоках выполняются в условиях напряженного карбоксиперитонеума, требуют более длительных вмешательств и анестезиологического пособия. Все это негативно сказывается на довольно большой группе больных (особенно "угрожаемой" группы), а поэтому данные операции им противопоказаны.

Традиционные открытые операции при осложнении ЖКБ холедохолитиазом до сих пор используются практически в каждой хирургической клинике.

Для пациентов пожилого и старческого возраста при наиболее типичном варианте заболевания - сочетании хронического калькулезного холецистита с холедехолитиазом — оптимальным решением является двухэтапное лечение: эндоскопическая коррекция холедохолитиаза (путем выполнения ЭПСТ) на дооперационном этапе и последующая малоинвазивная холецистэктомия (с учетом особенностей больного и возможностей клиники и хирурга).

При неэффективности эндоскопической коррекции холедохолитиаза показано оперативное пособие с вмешательством на внепеченочных желчных протоках, и в данном случае методом выбора, исходя из вышеизложенного, может стать либо открытая, либо "открытая" лапароскопическая операция.

При механической желтухе, остром гнойном холангите, холедохолитиазе целесообразны ЭПСТ, санация протоков, назобилиарное дренирование. В дальнейшем производится плановая (в зависимости от предполагаемых трудностей, опыта хирурга, оснащенности учреждения) та или иная малоинвазивиая холецистэктомия. Минилапаротомия с элементами "открытой" лапароскопии при холецистохоледохолитиазе позволяет выполнить практически весь объем интраоперационного обследования общего желчного протока и оперативных вмешательств на внепеченочных желчных путях.

Согласно нашим данным, при двухэтапном лечении холецистохоледохолитиаза (ЭПСТ + ОЛХЭ/ВЛХЭ) послеоперационные осложнения при ОЛХЭ составили 2,7%, при ВЛХЭ 1,7%. Летальных исходов не было. При одпоэтапном лечении холецистохоледохолитиаза методом "открытой" лапароскопии послеоперационные осложнения составили 6,4%, летальность — 1,6%.

Следует отметить, что в случае вклиненных в конкрементов в БДС "открытая" лапароскопия противопоказана.

Острый холецистит, холедохолитиаз. Операция выбора — "открытая" лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока по Керу. Альтернатива — УЗ-контролируемая микрохолецистостомия и эндоскопическое разрешение холедохолитиаза; после стихания воспалительных явлений в желчном пузыре — малоинвазивная холецистэктомия.

При сроках заболевания более 72 часов, отсутствии опыта в операциях малых доступов целесообразно выполнение операции традиционным способом в сочетании с холедохолитотомией.

Калькулезный холецистит, холедохолитиаз, стеноз БДС. Метод выбора — ЭПСТ, санация внепеченочных желчных протоков, плановая холецистэктомия любым вариантом операций малых доступов. При наличии показаний к наложению холедоходуоденоанастомоза возможно выполнение "открытой" лапароскопической холецистэктомии из минидоступа, холедохолитотомии, холедоходуоденостомии. Традиционная операция показана при наличии показаний к трансдуоденальной папиллосфипктеротомии и папиллосфинктеропластике.

Острый холецистит, холедохолитиаз, стриктура БДС. Возможны следующие варианты: 1) "открытая" лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомии, дуоденоскопия, ЭПСТ; 2) малоинвазивная холецистэктомия, ЭПСТ в послеоперационном периоде, санация протоков; 3) двухэтапное лечение: УЗ-контролируемая микрохолецистостомия, ЭПСТ и санация протоков, в последующем малоинвазивная холецистэктомия.

Как и подавляющее большинство хирургов, мы рекомендуем проведение эндоскопической коррекции холедохолитиаза на дооперационном этапе. Неэффективность эндоскопического пособия, выполненного после холецистэктомии, предполагает повторное оперативное вмешательство.

Хронический холецистит, холедохолитиаз, стриктура БДС, механическая желтуха, гнойный холангит. Рекомендуется ЭПСТ, назобилиариое дренирование, санация внепеченочных желчных протоков, затем малоинвазивная холецистэктомия. При любых сочетаниях калькулезного холецистита, поражения протоков и БДС в случае невозможности выполнения операций малых доступов показано традиционное оперативное вмешательство.

Рецидивный или резидуальный холедохолитиаз без стриктуры БДС. Метод выбора — эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, самопроизвольное или инструментальное удаление конкрементов. При расширении общего желчного протока до 2 см и более, наличии околососочковых дивертикулов, выраженных воспалительных изменениях БДС, а также при технической невозможности или безуспешности эндоскопической санации показана "открытая" лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия; но показаниям накладывают холедоходуоденоанастомоз. Если хирург не владеет методикой минилапаротомии с элементами "открытой" лапароскопии, производится стандартная лапаротомия, холедохолитотомия. Завершение операции - в зависимости от показаний.

Рецидивный или резидуальный холедохолитиаз, стриктура БДС. Метод выбора — эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, инструментальная санация общего желчного и общего печеночного протоков. При неуспехе эндоскопической санации показана минилапаротомия, холедохолитотомия. Если ЭПСТ удалась или неадекватна, целесообразно завершить операцию из мииидоступа наложением холедоходуоденоанастомоза. При невозможности применения минимально инвазивных технологий показана традиционная операция.

Таким образом, в случаях холецистохоледохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста предпочтение отдается двухэтапной тактике лечения, т.е. сочетанию эндоскопической коррекции холедохолитиаза и малоинвазивной холецистэктомии.

**Литература.**

1. Арцинович Н.Г. Синдром хронической усталости. Журнал неврология и психиатрия. – 1994. - №5. – с.47-50.
2. Асфандиярова Н.С., Шатров В.В., Гончаренко Л.В. Система иммунитета у лиц пожилого и старческого возраста. //Клиническая геронтология. – 1996. - №4. – с. 25-28.
3. Валенкевич Л.Н. Гастроэнтерология в гериатрии. – М., 1987. – 238 с.
4. Ветше П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. // Желчнокаменная болезнь. М. 1998. – с.17-20.
5. Геронтология и гериатрия. Биологический возраст: наследственность и старение. – К., 1984. – 143 с.
6. Гуревич М.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с повышенным операционным риском. // Автореф. дис… к.м.н. Витебск 1996, с. 6-16.
7. Дадвани С.А., Прудков М.И., Шулутко А.М. Желчнокаменная болезнь. М., 2000. – с. 5-25.
8. Дедерер Ю.Г., Крылов И.П., Устинов Г.П. Желчнокаменная болезнь. М.: Медицина, 1983.
9. Коротько Г.Ф. Особенности пищеварения в пожилом и старческом возрасте. // В кн.: Введение в физиологию желудочно-кишечного тракта. – Ташкент. – 1987.-с. 176-180.
10. Малиновский И.Н., Е.А. Решетников, С.И. Копоненко //Клиника и лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. // Хирургия 1993 г. №6, с.7-14.
11. Прудков М.И. Минилапаротомия и "открытые" лапароскопические операции в лечении больных ЖКБ. // Хирургия 1997 г. №1, с.32-35.