**Актуальность**

В настоящее время острый холецистит стал одним из самых распространенных хирургических заболеваний в стационарах. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах. Это связано как с поздней госпитализацией пациентов, так и с несовершенством хирургической тактики.

В 80-е — начале 90-х гг. прошлого века средняя летальность после операций по поводу острого холецистита составляла 6–10%, достигая в группе повышенного операционного риска 15 и даже 30%. В настоящее время в ведущих клиниках, специализирующихся на этой проблеме, летальность редко превышает 2%, а в отдельные годы показатели смертности в подобных лечебных учреждениях оказывались равны нулю.

На сегодняшний день общедоступными стали 3 основных технологии оперирования больных с острым холециститом:

- традиционная холецистэктомия (Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. 2 том, Под редакцией проф. А.Е.Борисова, стр.39-44);

- видеолапароскопическая холецистэктомия. (Руководство по хирургии желчных путей. Под редакцией Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева, стр.163-175);

- холецистэктомия из мини-доступа. (Руководство по хирургии желчных путей. Под редакцией Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева, стр.176-183).

Традиционная холецистэктомия может выполняться через верхний срединный лапаротомный доступ или из разреза в правом подреберье по Кохеру. Другие доступы (С.Л.Федоров, Шпренгеля, Рио Бранка и т.д.) в настоящее время не применяются. В плановой и неотложной хирургии чаще применяется верхняя срединная лапаротомия, иногда с продолжением вниз с обходом пупка слева. При наличии же инфильтрата, при технических трудностях у людей гиперстенического типа более удобным считается косой подреберный разрез. Основным недостатком доступа по Кохеру является травматичность. Верхняя срединная лапаротомия осуществляется путем послойного рассечения тканей по средней линии от мечевидного отростка до пупка и ниже. Рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, белая линия живота, париетальная брюшина.

При доступе по Кохеру разрез производят параллельно и ниже правой реберной дуги на 4-5 см. После рассечения кожи и подкожной клетчатки вскрывают переднюю стенку влагалища с пересечением прямой мышцы живота в поперечном направлении. С медиальной стороны рассекают апоневроз белой линии живота. В латеральном направлении вскрывают апоневроз наружной косой мышцы живота до уровня латерального угла раны брюшной стенки. Прямую мышцу пересекают с наложением длинных зажимов Бильрота и перевязыванием культей рассасывающимся шовным материалом. Волокна внутренней косой мышцы живота разводят тупым путем вдоль волокон, при необходимости край наружной косой мышцы пересекают. Рассекают заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота поперечно с париетальной брюшиной. К париетальной брюшине фиксируют салфетки. Затем создается экспозиция большими операционными крючками. Существуют два метода холецистэктомии «от дна» и «от шейки» (антеградная или ретроградная холецистэктомия).

Ретроградная ХЭ начинается с выделения и перевязки пузырного протока и пузырной артерии. При антеградной ХЭ начинается с препарирования желчного пузыря от дна. Методика традиционной холецистэктомии признана максимально безопасной, особенно при выраженных воспалительных или рубцовых изменениях в области треугольника Кало и гепатодуоденальной связки.

Недостатки метода:

- значительная травма структур передней брюшной стенки и иннервации мышц передней брюшной стенки, значительное число ранних и поздних осложнений, в частности послеоперационных вентральных грыж;

- операционная травма средней степени тяжести, приводящая к увеличению катаболической фазы п/о периода, нарушению функций внешнего дыхания, парезу кишечника, ограничению физической активности больного;

- существенный косметический дефект;

- более длительный период п/о реабилитации и нетрудоспособности.

Видеолапароскопическая холецистэктомия:

Данная методика подразумевает ХЭ без вскрытия брюшной полости. Существуют два основных способа: американская и французская, отличающиеся расположением оператора по отношению к больному, местами введения троакаров. Принцип один - создание пневмоперитонеума, удаление желчного пузыря с использованием специальных манипуляторов, лапароскопа без вскрытия брюшной полости. Недостатком ЛХЭ является наличие обстоятельств, препятствующих ее выполнению. Так называемые абсолютные и относительные противопоказания - абсолютные противопоказания:

1) Деструктивный холецистит с плотным перивезикальным воспалительным инфильтратом или разлитым перитонитом.

2) Острый холицистопанкреатит на фоне холедохолитиаза.

3) Злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны.

4) Билиодигестивные и билиобилиарные свищи.

5) Врожденные аномалии развития желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

Наиболее близким является холецистэктомия из минимального доступа с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент» по М.И. Прудкову (Руководство по хирургии желчных путей. Под редакцией Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева).

Данная операция предусматривает малый разрез брюшной стенки и создание гораздо большей зоны в брюшной полости, доступной адекватному осмотру и манипулированию. Комплект «мини-ассистент» представлен кольцевидным ранорасширителем, набором крючков-зеркал, системой освещения. При помощи специального механизма изменения угла наклона зажимов при разрезе брюшной стенки длиной 3-5 см создается адекватная экспозиция. При этом разрез брюшной стенки выполняют отступя на 2 поперечных пальца вправо от срединной линии, начиная от реберной дуги вертикально вниз длиной 3-5 см.

Противопоказания к холецистэктомии из мини-доступа:

- необходимость ревизии органов брюшной полости;

- диффузный перитонит;

- некорректируемые нарушения свертываемости;

- цирроз печени;

- рак желчного пузыря.

Недостатками прототипа являются:

- необходимость иметь в арсенале специальный комплект инструментов «мини-ассистент»;

- длительное время установки системы крючков-зеркал и освещения - открытая лапароскопия;

- не всегда удается установить зеркала правильно, достигая полной фиксации ранорасшерителя, адекватное освещение в подпеченочном пространстве;

- постоянный разрез на 3-4 см правее срединной линии не всегда позволяет выйти к месту операционного воздействия.

Задачей предлагаемого изобретения является: сокращение продолжительности операции, возможность выполнения операции без специального инструментария, минимизация травмы брюшной стенки без повышения давления в брюшной полости.



 Тем не менее проблема острого холецистита у больных в пожилом возрасте лет и на сегодняшний день сохраняет свою актуальность. У большинства пациентов пожилого и старческого возраста имеется несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря, в том числе перивезикулярных гнойных осложнений и перитонита, которые протекают асимптомно. Необходимость оптимизации тактики лечения у этой группы пациентов, связана не только с увеличением их числа по отношению ко всем больным с острым холециститом (40–65 %), но и высоким уровнем летальности и гнойно-септических осложнений. По литературным данным уровень послеоперационной летальности при остром холецистите составляет 1,5–12 %, а у пожилых пациентов составляет 15–25 %. Традиционно, одной из основных причин смерти являются гнойно-септические осложнения, которые составляют 5–50 %.

Согласно данным классификациям была проведена балльная оценка рисков в зависимости от возраста пациентов для предоперационного, интраоперационного и послеоперационного периодов. Значения риска в каждой группе увеличиваются соответственно календарному возрасту пациентов. При оценке предоперационного риска различия были достоверны среди всех возрастных групп. Послеоперационный риск достоверно от-личался среди групп среднего и пожилого, сред-него и старческого возрастов. Что все же не позволяет нам судить на основании календарного возраста о степени риска. Так как риск определялся в основном наличием сопутствующей патологии и выраженности полифункциональных нарушений.

*Показатели операционных рисков в зависимости от возраста больных*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Предоперационный | Интраоперационный | Послеоперационный |
| Средний (45-59) | 4,2 ± 0,9\*2,3 | 7,9 ± 1,9 | 7,2 ± 1,3\*2,3 |
| Пожилой (60-74) | 5,9 ± 1,2\*1,3 | 8,7 ± 2,1 | 8,7 ± 1,6\*1 |
| Старческий (75-89)  | 7,7 ± 1,8\*1,2 | 9,7 ± 3,4 | 9,9 ± 2,2\*1 |

Новые перспективы радикального хирургического лечения пациентов с острым холециститом появились благодаря внедрению в клиническую практику малотравматичных операций: лапароскопическая холецистэктомия Ii холецистэктомия из минидоступа (Ермолов A.C. с соавт, 2004; Бобров O.E., 2008; Бысгров С.А. с соавт., 2010).

Холецистэктомия из малоинвазивных доступов обеспечивают более быстрое выздоровление, снижение дискомфорта в нослеоперационном периоде, раннее возвращение к активной деятельности, хороший косметический эффект (Кошелев A.M., 2006; Лодыгин A.B., 2006; Прудков М.И., 2007; Микаелян И. А., 2009).

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

|  |  |
| --- | --- |
| Метод лечения  | Риск |
| Предоперационный  | Интраоперационный  | Послеоперационный  |
| Холецистэктомия  | 5,7 ± 1,9  | 10,9 ± 2,6\*\*2  | 9,5 ± 2,4\*2  |
| Малоинвазивные методы  | 5,5 ± 1,4  | 6,8 ± 1,1\*\*1  | 9,1 ± 1,3\*1  |

На сегодняшний день нерешенными остаются вопросы выбора сроков выполнения операции, методики малоинвазивной холецистэктомии в зависимости от клинической формы и характера осложнений острого холецистита, противопоказания к малоинвазивным технологиям.

Основным достоинством лапароскопических вмешательств и операций из минидоступа является малая степень травматизации тканей передней брюшной стенки. Одними из показателей травматичности оперативного вмешательства многие авторы считают изменение функции внешнего дыхания и интенсивность послеоперационного болевого синдрома (Тимошин А. Д. с соавт., 2003; Ветшев П.С. с соавт., 2008).

**Цель работы:**

Донести до читателя информацию о современных методах лечения ЖКБ.

**Материал и методы.**

На базе МУЗ ГКБ № 3г. Челябинска в период с 2003 по 2008 гг были изучены непосредственные результаты лечения 136 пациентов в возрасте старше 80 лет с острым холециститом, находившихся на лечении. Среди больных было 105 (77 %) женщин и 31 (33 %) мужчин в возрасте от 80 до 96 лет. Средний возраст составил 84 ± 3,4 года. При госпитализации каждому пациенту проводился стандартный набор обследований: общие клинические анализы крови и мочи, биохимические обследования крови, определение группы крови и резус-фактора, RW, ЭКГ,ультразвуковое исследование брюшной полости,осмотр терапевта. Всем оперированным больным выполняли посев стенки желчного пузыря на микрофлору с определением ее резистентности.

Сопутствующая патология выявлена у 134 человек (97,8 %). Наиболее часто встречающейся патологией была ишемическая болезнь сердца – 108 пациентов, на втором месте гипертоническая болезнь – 96 пациентов, на третьем месте нарушение ритма сердца – 39, четвертое место – сахарный

диабет у 12 пациентов, на пятом – последствия острого нарушения мозгового кровообращения –6 пациентов. У большинства пациентов (80 %) имелось 2 и более сопутствующих заболеваний (2,2 на 1 больного). При ретроспективном анализе лечения больных было установлено, что средние сроки от начала заболевания до госпитализации составили 52,2 ± 29,5 часов. В 1-е сутки с момента заболевания за медицинской помощью обратилось 72 (53 %)

пациента, а поздняя госпитализация в сроки свыше 72 часов составила 25 (18 %) человек. Средние сроки пребывания в стационаре составили 12,1 ± 7 суток. При биохимическом обследовании крови средние показатели билирубина составили 37,7 *±* 26,4 мкмоль/л. Его уровень в пределах нормы был у 76(56 %) поступивших, увеличение до 85 мкмоль/л выявлено у 45 (33 %) пациентов, уровень от 86 до169 мкмоль/л у 12 (9 %), а свыше 170 мкмоль/л у 3 (2 %) больных. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у 128 (94 %) пациентов диагностирован острый калькулезный холецистит. Острый бескаменный холецистит выявлен у 8 (6 %) пациентов. Признаки билиарной гипертензии были отмечены в 16 случаях, что составило 12 %. Таким образом, желтуха была у 44 % больных, что больше, чем у больных более молодого возраста.

Инфузионно-капельная терапия проводилась при поступлении в стационар всем больным. При отсутствии положительной динамики от проводимой консервативной терапии, при диагностированной деструкции стенки желчного пузыря при поступлении по данным УЗИ выставлялись показания к операции в первые 6 часов от момента госпитализации больных в стационар. Таких пациентов было 17 (27 %), т. е. практически каждый

третий пациент. Всего в первые сутки нахождения в стационаре было оперировано 49 (81 %) человек, пациентов прооперированных через трое суток и более после госпитализации было всего 3 (5 %).

**Результаты.**

Из 136 поступивших больных у 62 (46 %) проведено хирургическое лечение. Объем вмешательства определялся общим состоянием пациента, степенью деструкции стенки желчного пузыря, тяжестью сопутствующей патологии, наличием конкрементов и явлений механической желтухи. Холецистэктомия из традиционного лапаротомного доступа выполнена 11 (18 %) больным. Это связано с большим числом осложненных форм острого холецистита (у 37 % пациентов –гнойный холецистит, перипузырный абсцесс и инфильтрат, холангит, перитонит). Холецистэктомия из минилапаротомного доступа выполнена в 39 случаях (63 %). Холецистостомия как окончательный этап хирургического лечения произведена 12 пациентам (19 %). Во время оперативного вмешательства производился забор пузырной желчи на микробиологическое исследование. Двухэтапное оперативное лечение получило 4 пациента:при поступлении им была наложена холецистостома, а после купирования явлений механической желтухи и стабилизации состояния было выполнено радикальное оперативное лечение (холецистэктомия из минилапаротомного доступа). Наружное дренирование холедоха выполнено 9 больным(7 пациентам из минилапаротомического доступа,2 больным из широкого лапаротомного разреза).В 9 наблюдениях пришлось произвести холедохо-дуоденоанастомоз (6 из минилапаротомного доступа, 3 из широкого лапаротомного доступа).

В послеоперационном периоде в отделение реанимации госпитализировано 28 (45 %) пациентов из 62 оперированных. Продленная ИВЛ проводилась 12 пациентам (43 %). Осложнение в виде вентилятор-ассоциированной пневмонии развилось у 7 (58 %) больных. Нагноение послеоперационной раны отмечены у 2 (3 %) пациентов. При нагноении были взяты посевы из раны, выделено: Proteus vulgaris (сплошной рост) в одном случае, Enterobacter (106) также у одного больного. По результатам гистологического заключения из оперированых 62 человек катаральное воспаление желчного пузыря выявлено у 12 пациентов (20 %), флегмонозный холецистит у 34 (55 %), гангренозный у 16 (25 %). Таким образом, деструктивный холецистит выявлен у 80 % больных, у 20 % из них объем операции был ограничен хо-

лецистостомией. В схему лечения наших пациентов были включены антибактериальные препараты с учетом проведенного микробиологического исследования стенки желчного пузыря. При поступлении антибактериальная терапия была назначена 101 пациенту, что составило 74 %. Из 62 оперированных больных антибиотикотерапию до операции получили 44 пациента (71 %). В послеоперационном периоде антибиотики были назначены 51 пациенту (82 %).По нашим данным общая летальность больных в возрасте старше 80 лет при остром холецистите составила 4,3 % (умерло 5 человек из 136), а послеоперационная летальность 8 % (умерло 5 больных из 62 оперированных). После наложения холецистостомы умерло 2 пациента, что связано с длительным течением заболевания (4 суток) и выраженным воспалительным процессом (деструкция стенки желчного пузыря, гнойный холангит). После выполнения холецистэктомии из лапаротомного доступа погибло 3 человека.

**Заключение.**

Полученные данные свидетельствуют, что достижения малоинвазивной хирургии позволили снизить объем операционной травмы и тем самым уменьшить показатели послеоперационной летальности и осложнений. Оперативное лечение осложненных форм острого холецистита у больных старческого возраста является решающим в исходе заболевания, а отказ от него приводит к возникновению крайне тяжелых осложнений в

виде гнойного холангита при высоком проценте холедохолитиаза, острой печеночной недостаточности при имеющейся механической желтухе и т. п. Учитывая это, мы считаем, что оперативное лечение должно выполняться всем пациентам с деструктивными формами холецистита после проведения предоперационной подготовки в первые 12–24 часа с момента поступления больных в стационар с применением малоинвазивных методик (холецистэктомия из минилапаротомного доступа). При тяжелом общем состоянии больного, на фоне наличия декомпенсации сопутствующих заболеваний, возможно оперативное лечение в два этапа: холецистостомия, а после стабилизации состояния холецистэктомия. Антибиотикотерапия должна назначаться как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде с учетом данных внутрибольничного мониторинга. Следование выбранной нами тактики позволило снизить число послеоперационных осложнений и летальность.

**Выводы:**

На основании данных исследования, анализа полученных результатов и вышеизложенного можно прийти к следующим выводам : что на сегодняшний день наиболее рационально применять в лечении ЖКБ Холецистэктомия из малоинвазивных доступов, которые обеспечивают более быстрое выздоровление, снижение дискомфорта в нослеоперационном периоде, раннее возвращение к активной деятельности, хороший косметический эффект.

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра Госпитальной хирургии

Учебная исследовательская работа студента

Тема: Использование малоинвазивных технологий при остром холецистите у людей старческого возраста.

Зав. кафедрой: доктор медицинских наук, профессор Лубянский В. Г.

Преподаватель: к.м.н., доцент Михайлов А. Г.

Выполнил: Манишин А. Н. ст. 620 гр.

г. Барнаул

2015 г.

Литература:

**Литература**
**1.** Панцырев Ю. М., Лагунчик Б. П., Ноздрачев В. И. // Хирургия. 1990. № 1. С. 6-10.
**2.** Тагиева М. М. // Хирургия. 1998. № 1. С. 15-19.
**3.** Федоров В. Д., Данилов М. В., Глабай В. П. Холецистит и его осложнения. Бухара, 1997, с. 28-29.
**4.** Шулутко А. М., Лукомский Г. И., Сурин Ю. В. и др. // Хирургия. 1989. № 1. С. 29-32.

**Оглавление:**

1. Актуальность
2. Цель работы
3. Заключение
4. Выводы