



В. Г. Мишалов, Р. В. Бондарев, В. М. Иванцок, С. А. Кондратенко
 Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Цель работы — сравнить результаты лечения больных в возрасте старше 60 лет с осложненным острым холециститом (ОХ) при использовании традиционной холецистэктомии (ТХЭ), лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и ЛХЭ с терапией бактериофагами (БФ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 517 больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца, которым проведено оперативное лечение по поводу осложненного ОХ. В зависимости от метода оперативного лечения пациенты были распределены на три группы: 1-я группа сравнения (n = 178) — ТХЭ, санация брюшной полости физиологическим раствором и раствором «Декасан»; 2-я группа сравнения (n = 214) — ЛХЭ, санация брюшной полости физиологическим раствором и раствором «Декасан», экстракция желчного пузыря в резиновом стерильном контейнере через субкисфоидальную рану; основная группа (n = 125) — ЛХЭ, санация брюшной полости физиологическим раствором, орошение брюшной полости лечебными БФ объемом 50—100 мл и субкисфоидальной раны, через которую извлекали в контейнере желчный пузырь. В послеоперационный период БФ вводили через трубчатые дренажи в брюшную полость по 20 мл каждые 8 ч. Изучали частоту общих, внутрибрюшных и раневых послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. После ТХЭ пневмония возникла у 2 (1,1 %) пациентов, тромбоз вен нижних конечностей — у 2 (1,1 %), парез кишечника — у 34 (19,1 %). Во 2-й группе сравнения и основной группе наблюдали только парез кишечника — соответственно в 18 (8,4 %) и 6 (4,8 %) случаев. Частота желчеистечения, послеоперационного желчного перитонита, биломы в группах практически не отличалась: в основной группе — 2,4 %, в 1-й группе сравнения — 1,8 %, во 2-й группе сравнения — 1,9 %. В ранний послеоперационный период внутрибрюшные гнойно-воспалительные осложнения у пациентов после ТХЭ возникли в 6,7 % случаев, раневые — в 24,7 % случаев, в основной группе — соответственно в 0,8 и 1,6 % случаев, во 2-й группе сравнения — в 2,8 и 4,2 % случаев.

Выводы. Использование ЛХЭ при осложненном остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста позволило по сравнению с ТХЭ снизить частоту возникновения общих осложнений с 23 до 8,9 %, гнойно-воспалительных осложнений — с 31,4 до 7,0 %. Применение адаптированных БФ после ЛХЭ способствовало уменьшению частоты гнойно-воспалительных внутрибрюшных осложнений с 2,8 до 0,8 %, раневых — с 4,2 до 1,6 %.

■
Ключевые слова: осложненный острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, адаптированные бактериофаги.

Заболееваемость острым холециститом (ОХ) возрастает, особенно среди больных старшей возрастной группы, доля которых в структуре данной патологии достигает 66 % [1—3, 6]. Использование малоинвазивных технологий позволяет при минимальной операционной травме проводить хирургическое вмешательство в адекватном объеме, что значительно улучшило результаты лечения данной патологии у гериатрических пациентов [4, 5].

Несмотря на внедрение новых технологий, совершенствование хирургической техники, применение новых антибактериальных препаратов, уровень летальности и частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при осложненном ОХ не имеют тенденции к снижению, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

Эффективность использования лапароскопической техники в лечении осложненных форм ОХ

у лиц пожилого и старческого возраста и совершенствование методов профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у данной категории пациентов являются актуальными вопросами современной хирургии.

Цель работы — сравнить результаты лечения больных с осложненным острым холециститом в возрасте старше 60 лет при использовании традиционной холецистэктомии, лапароскопической холецистэктомии и лапароскопической холецистэктомии с терапией бактериофагами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 517 больных в возрасте от 60 лет и старше с сопутствующей ишемической болезнью сердца, которым проведено оперативное лечение по поводу осложненного ОХ. Мужчин было 84 (16,2%), женщин — 433 (83,8%). Флегмонозная форма ОХ гистологически подтверждена у 300 (58%), гангренозная — у 217 (42%) пациентов. ОХ, осложненный эмпиемой желчного пузыря и местным серозным перитонитом, выявлен в 185 (35,8%) случаях, ОХ, осложненный местным гнойным и диффузным гнойным перитонитом, — в 332 (64,2%). У больных зафиксировано по два сопутствующих заболевания и более.

Проводили клинический осмотр, оценку общеклинических и биохимических показателей, рентгеноскопию (рентгенографию) грудной и брюшной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, электрокардиографию, по показаниям — фиброэзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию. В послеоперационный период осуществляли холтеровское мониторирование.

Лечение больных начинали с общепринятой интенсивной консервативной терапии. Комплексное лечение предусматривало применение инфузионной и трансфузионной терапии для коррекции дегидратации, гиповолемии, гипопротейнемии, нарушений электролитного состава, дезинтоксикации, метаболизма. Проводили антибактериальную и кардиотропную терапию, назначали спазмолитики, ингибиторы протеаз, антиагреганты, по показаниям — кортикостероиды, низкомолекулярные гепарины. Больным, госпитализированным с клиническими проявлениями перитонита, после минимальной дооперационной подготовки выполняли экстренные оперативные вмешательства.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов распределили на три группы. В 1-й группе сравнения ($n = 178$) хирургическое лечение осуществляли в объеме традиционной холецистэктомии (ТХЭ), проводили санацию брюшной полости физиологическим раствором и раствором «Декасана», дренирование брюшной полости. Во 2-й группе сравнения ($n = 214$) хирургическое лечение включало лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), санацию брюшной полости физиологиче-

ским раствором и раствором «Декасана», экстракцию желчного пузыря в резиновом стерильном контейнере через субкисфоидальную рану, дренирование брюшной полости. В основной группе ($n = 125$) после ЛХЭ и санации брюшной полости физиологическим раствором проводили орошение брюшной полости лечебными бактериофагами (БФ) объемом 50—100 мл и субкисфоидальной раны, через которую извлекали в контейнере желчный пузырь. В послеоперационный период БФ вводили через трубчатые дренажи в брюшную полость по 20 мл каждые 8 ч.

По соотношению полов, возрастному составу, характеру сопутствующей патологии, морфологическим изменениям в желчном пузыре и видам осложнений ОХ группы были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Осложнения, возникшие в ранний послеоперационный период, классифицировали на общие и местные (таблица).

Общие послеоперационные осложнения (пневмония, тромбоз вен нижних конечностей, парез кишечника) наблюдали преимущественно у больных 1-й группы сравнения. Тромбоз вен нижних конечностей развился, несмотря на проводившиеся в послеоперационный период лечебно-профилактические мероприятия. Во 2-й группе сравнения и основной группе наблюдали только парез кишечника.

Длительное желчеистечение по дренажной трубке из подпеченочного пространства в послеоперационный период в основной группе отмечено у 1 (0,8%) пациента, в 1-й группе сравнения — у 1 (0,6%), во 2-й группе сравнения — у 2 (0,9%) больных. Всем пациентам выполнена эндоскопическая панкреатохолангиография. Источник желчеистечения из культы пузырного протока диагностирован у 1 больного основной группы и у 1 больного 2-й группы сравнения, у остальных — из ложа печени (расценен как из ходов Люшка). Пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У всех больных желчеистечение самостоятельно прекратилось на 6—7-е сутки. Развитие местного неограниченного желчного перитонита — по одному случаю в каждой группе, в связи с чем в основной группе и 2-й группе сравнения выполнена релапароскопия, в 1-й группе сравнения — релапаротомия. Причина желчеистечения в одном случае — прорезывание клипсой культы пузырного протока, в двух других — ходы Люшка. По одному случаю возникновения биломы в подпеченочном пространстве отмечено в основной группе и 2-й группе сравнения. Биломы успешно удалены под контролем УЗИ, рецидива их возникновения не было.

Сравнительный анализ развития осложнений в брюшной полости и со стороны раны в ранний послеоперационный период выявил, что в 1-й

Т а б л и ц а 1
Количество осложнений, возникших после лечения

| Показатель | Основная группа (n = 125) | 1-я группа сравнения (n = 178) | 2-я группа сравнения (n = 214) |
|---|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Общие осложнения, летальность | | | |
| Пневмония | 0 | 2 (1,1%) | 0 |
| Тромботические | 0 | 2 (1,1%) | 0 |
| Парез кишечника | 6 (4,8%) | 78 (43,8%) | 18 (8,4%) |
| Инфаркт миокарда | 0 | 1 (0,6%) | 1 (0,5%) |
| Острый коронарный синдром | 0 | 2 (1,1%) | 0 |
| Всего | 6 (4,8%) | 41 (23,0%) | 19 (8,9%) |
| Умерло | 0 | 2 (1,1%) | 1 (0,5%) |
| Местные осложнения | | | |
| Внутрибрюшные | | | |
| Инфильтрат брюшной полости | 1 (0,8%) | 8 (4,5%) | 5 (2,3%) |
| Абсцесс брюшной полости | 0 | 4 (2,2%) | 1 (0,5%) |
| Длительное (более 5 сут) желчеистечение | 1 (0,8%) | 1 (0,6%) | 2 (0,9%) |
| Желчный перитонит | 1 (0,8%) | 1 (0,6%) | 1 (0,5%) |
| Билома | 1 (0,8%) | 1 (0,6%) | 1 (0,5%) |
| Раневые | | | |
| Инфильтрат или серома раны | 2 (1,6%) | 22 (12,4%) | 5 (2,3%) |
| Нагноение ран | 0 | 20 (11,2%) | 4 (1,9%) |
| Нагноение ран с эвентрацией | 0 | 2 (1,1%) | 0 |
| Гематома ран | 0 | 2 (1,1%) | 0 |
| Всего | 6 (4,8%) | 61 (34,3%) | 19 (8,9%) |

Все $p < 0,05$.

группе сравнения внутрибрюшные гнойно-воспалительные осложнения возникли в 6,7% случаев, раневые — в 24,7% случаев, в основной группе — соответственно в 0,8 и 1,6% случаев, во 2-й группе сравнения — в 2,8 и 4,2% случаев. Как показали наши исследования, большое количество раневых осложнений после ТХЭ объясняется большей травматичностью доступа, большой площадью раневой поверхности, особенно у лиц с ожирением, контаминацией микроорганизмов в операционную рану на протяжении операции.

Большинство гнойно-воспалительных осложнений во всех группах возникло у пациентов с ОХ, осложненным местным или диффузным гнойным перитонитом, перивезикальным абсцессом. У больных с эмпиемой желчного пузыря, местным серозным перитонитом после ЛХЭ в группе срав-

нения и основной группе осложнений со стороны раны и брюшной полости не наблюдали. После ТХЭ у больных с эмпиемой желчного пузыря, местным серозным перитонитом из внутрибрюшных осложнений инфильтрат брюшной полости отмечен у 1 (0,6%) больного, инфильтрат послеоперационной раны — у 2 (1,1%).

Сравнительный анализ гнойно-воспалительных осложнений между 2-й группой сравнения и основной группой выявил меньшее их количество (в 2,9 раза) в основной группе. При этом гнойных осложнений в этой группе не наблюдали.

Таким образом, использование ЛХЭ и БФ для санации брюшной полости и послеоперационной раны позволило снизить частоту послеоперационных внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений с 2,8 до 0,8%, раневых — 4,2 до 1,6%

по сравнению со 2-й группой сравнения (ЛХЭ) и соответственно 6,7 до 0,8 % и с 24,7 до 1,6 % по сравнению с 1-й группой сравнения (ТХЭ). Применение БФ позволило в основной группе избежать развития послеоперационных гнойных осложнений. Это закономерно и обусловлено высокой чувствительностью возбудителей к лечебным БФ. У данных больных после операции не развились гнойные осложнения и отмечено значительное снижение частоты возникновения инфильтрата брюшной полости, серомы и инфильтрата послеоперационной раны.

ВИВОДИ

Лапароскопическая холецистэктомия при осложненном остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста позволила по сравнению с традиционной холецистэктомией снизить частоту общих осложнений с 23 до 8,9 %, гнойно-воспалительных — с 31,4 до 7 %.

Применение адаптированных бактериофагов после лапароскопической холецистэктомии способствовало уменьшению частоты гнойно-воспалительных внутрибрюшных осложнений с 2,8 до 0,8 %, раневых — с 4,2 до 1,6 %.

Литература

1. Капралов С. В., Исмаилов У. З., Шапкин Ю. Г. Роль и место диапневтических декомпрессионных операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска // Совр. пробл. науки и образования. — 2010. — № 2. — С. 47—52.
2. Капшитарь А. В. Мини-доступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте // Укр. журн. хірургії. — 2014. — № 1 (24). — С. 99—102.
3. Курбанов Ф. С., Алиев Ю. Г., Аббасова С. Ф. и др. Результаты

- лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 2013. — № 10. — С. 22—24.
4. Kuwabara K., Matsuda S., Fushimi K. et al. Relationships of age, cholecystectomy approach and timing with the surgical and functional outcomes of elderly patients with cholecystitis // Intern. J. Surg. — 2011. — Vol. 9. — P. 392—399.
 5. Rao A., Polanco A., Qiu S. et al. Safety of outpatient laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of 15,248 patients using the NSQIP database // J. Am. Coll. Surg. — 2013. — Vol. 217, N 6. — P. 1038—1043.
 6. Zafar S. N., Obirizeze A., Adesibikan B. et al. Optimal time for early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // JAMA Surg. — 2015. — Vol. 150, N 2. — P. 129—136.

В. Г. Мішалов, Р. В. Бондарев, В. М. Иванцок, С. О. Кондратенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Мета роботи — порівняти результати лікування хворих віком понад 60 років з ускладненим гострим холециститом (ГХ) при використанні традиційної холецистектомії (ТХЕ), лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) і ЛХЕ з терапією бактериофагами (БФ).

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 517 хворих із супутньою ішемічною хворобою серця, яким проведено оперативне лікування з приводу ускладненого ОХ. Залежно від методу оперативного лікування пацієнтів розподілено на три групи: 1-ша група порівняння (n = 178) — ТХЕ, санація черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «Декасану», 2-га група порівняння (n = 214) — ЛХЕ, санація черевної порожнини фізіологічним розчином і розчином «Декасану», екстракція жовчного міхура в гумовому стерильному контейнері крізь субксіфоїдальну рану, основна група (n = 125) — ЛХЕ, санація черевної порожнини фізіологічним розчином, зрошування черевної порожнини лікувальними бактериофагами (БФ) об'ємом 50—100 мл і субксіфоїдальної рани, крізь яку витягували в контейнері жовчний міхур. У післяопераційний період БФ вводили крізь трубчасті дренажі в черевну порожнину по 20 мл кожні 8 год. Вивчали частоту загальних, внутрішньочеревних і ранових післяопераційних ускладнень.

Результати та обговорення. Після ТХЕ пневмонія виникла у 2 (1,1 %) пацієнтів, тромбофлебіт вен нижніх кінцівок — у 2 (1,1 %), парез кишечника — у 34 (19,1 %). У 2-й групі порівняння і в основній групі спостерігали лише парез кишечника — відповідно у 18 (8,4 %) і 6 (4,8 %) випадках. Частота жовчопідтікання, післяопераційного жовчного перитоніту, біломи у групах мало відрізнялася: в основній групі — 2,4 %, у 1-й групі порівняння — 1,8 %, у 2-й групі порівняння — 1,9 % випадків. У ранній післяопераційний період у пацієнтів після ТХЕ внутрішньочеревні гнійно-запальні ускладнення виникли в 6,7 % випадків, ранові — у 24,7 % випадків, в основній групі — відповідно у 0,8 та 1,6 % випадків, у 2-й групі порівняння — у 2,8 і 4,2 % випадків.

Висновки. Використання ЛХЕ при ускладненому ГХ в осіб похилого та старечого віку дало змогу порівняно з ТХЕ знизити частоту загальних ускладнень з 23,0 до 8,9 %, гнійно-запальних ускладнень — з 31,4 до 7,0 %. Застосування адаптованих БФ після ЛХЕ сприяло зменшенню частоти гнійно-запальних внутрішньочеревних ускладнень з 2,8 до 0,8 %, ранових — з 4,2 до 1,6 %.

Ключові слова: ускладнений гострий холецистит, лапароскопічна холецистектомія, адаптовані бактериофаги.

V. G. Mishalov, R. V. Bondarev, V. M. Ivantsok, S. O. Kondratenko
O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

TREATMENT RESULTS OF UNCOMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

The aim — to compare the treatment results in elderly and senile patients with complicated acute cholecystitis (AC) after the traditional cholecystectomy (TCE) technique, laparoscopic cholecystectomy (LCE) and LCE with bacteriophages therapy.

Materials and methods. Treatment results of 517 elderly and senile patients with concomitant coronary artery disease after surgical treatment for complicated AC have been analyzed. Patients were divided into three groups depending on the surgical treatment method: first comparison group (n = 178) included patients after TCE, sanitation of the abdominal cavity with saline and decasane solutions, second comparison group (n = 214) — patients after LCE, sanitation of the abdominal cavity with saline solution and decasane, gallbladder extraction in rubber sterile container through subxiphoid wound; the main group (n = 125) included patients after laparoscopic cholecystectomy and sanitation of the abdominal cavity with saline with therapeutic bacteriophages (TB) irrigation in the amount of 50—100 ml. TB were also applied into subxiphoid wound and injected through drainage tube into the abdominal cavity in the postoperative period in the amount of 20 ml each 8 hours. The incidence of general, intra and postoperative wound complications were studied.

Results and discussion. After TCE, the following general postoperative complications were registered: pneumonia — in two (1.1 %) cases, venous thrombosis of lower extremities — two (1.1 %), enteroplegia — 34 (19.1 %) cases. In comparison group only basic enteroplegia was observed respectively in 18 (8.4 %) and 6 (4.8 %) cases. The incidence of cholerrhea, postoperative bileperitonitis, and bileomas did not differ much in all groups: in the main group — 2.4 %, in the comparison group one — 1.8 %, in the comparison group two — 2 %. Intraperitoneal inflammatory complications in the early postoperative period in patients after TCE were found in 6.7 % of cases, wound complications were observed in 24.7 % patients, in the study group — 0.8 % (from the wound — 1.6 %) in comparison group two — 2.8 % (from the wound — 4.2 %).

Conclusions. Laparoscopic cholecystectomy in elderly and senile patients with complicated acute cholecystitis allowed to reduce the incidence of common complications from 23.0 to 8.9 %, inflammatory complications from 31.4 до 7 % in comparison with TCE. Application of adapted bacteriophage allowed to reduce the incidence of intra-inflammatory abdominal complications from 2.8 to 0.8 %, wound complications — from 4.2 to 1.6 % after laparoscopic cholecystectomy.

Key words: complicated acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, adapted bacteriophages.