

Симультанные операции при различных формах холецистита у больных старше 60 лет

Белорусский государственный медицинский университет

Ежегодно в мире растет число пожилых людей с сочетанной хирургической патологией. Предложен новый метод определения переносимости симультанной операции при различных формах холецистита у больных старше 60 лет.

Ключевые слова: симультанная операция, холецистит, пожилой и старческий возраст.

S.A. Zhidkov, S.I. Tretyak

Simulating operations of various forms of the patients' post-60 years old holecystite
In the world the number of old people with complex surgical pathology is growing every year. The newest definition method of patient of simulating operations of various forms of holicystite of teh patients elder than 60 years old.

Key words: simulating operations, holicystite, old people

Симультанные операции (СО) относятся к числу обширных и сложных, которые стали возможны благодаря достижениям хирургии и анестезиологии последних десятилетий.

По данным ВОЗ, у 30% больных, госпитализированных в хирургические отделения, выявляются сочетанные заболевания органов брюшной полости, из них 4-7% нуждаются в СО [2, 4, 5, 7].

Симультанная (сочетанная) операция – это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. В ходе ее различают основной и симультанный этап. При этом основным этапом является тот, который ликвидирует угрозу для жизни [4, 5].

Преимущества СО заключаются в следующем: одновременно излечиваются 2 или 3 хирургических заболевания; предупреждается прогрессирование заболевания, оперативное лечение которого откладывалось на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке; повышается экономическая эффективность лечения [4, 5, 7, 8].

Особую актуальность вызывает выполнение СО больным пожилого и старческого возраста, т.к. именно у них чаще всего встречаются сочетанные заболевания [7]. Многими хирургами возраст больных определяется, как одно из основных противопоказаний к выполнению СО. При этом в современной литературе недостаточно публикаций, отражающих объективные критерии переносимости СО у пациентов старше 60 лет.

Материал и методы

Нами за последние 5 лет произведено 347 различных СО больным пожилого и старческого возраста. Из них 162 (46,6%) произведено в плановом порядке и 185

(53,4%) в экстренном. Из 347 больных у 182 (52,4%) основной операцией была холецистэктомия. При этом 96 пациентов (52,7%) оперировались по поводу острого и 86 (47,3%) по поводу хронического холецистита.

Что касается сопутствующей терапевтической патологии, то она встречалась в 90% случаев. При этом у 86% была патология сердечно-сосудистой системы. Учитывая данный факт, всем больным с инфарктом миокарда в анамнезе, а также с ухудшением функции сердца кроме выполнения ЭКГ, производили УЗИ сердца и измеряли центральную гемодинамику (ЦГД).

Из всех показателей УЗИ для критерия функциональной состоятельности сердца оценивали фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) [1, 6].

Для определения критерия переносимости СО мы разработали балльную шкалу оценки функционального состояния организма, используя элементы оценки полиорганной недостаточности по шкалам MODS (1985) и SOFA (1999) [9, 10].

Шкала определения степени полиорганной недостаточности

Система гомеостаза, функциональные показатели	Показатель	Уровень знаний	Баллы
1	2	3	4
Дыхательная	ЧДД	До 20	0
		20-25	1
		25-30	2
		более 3	3
Мочевыделительная	Креатинин крови	96,8 и менее	0
		97-202	1
		207-352	2
		353-502	3
		503 и более	4
Печень	Билирубин крови мкмоль/л	20,5 и менее	0
		21-59,8	1
		60-120	2
		121-240	3
		241- и более	4
Сердечно-сосудистая	АД (систолическое)	120-160	0
		100-120	
		160-180	1
		80-100	
		180-200	2
		менее 80	
	ритм СС	выше 200	3
		ритмичный	0
		экстрасистолия	1
	ФВЛЖ (%)	мерцательная аритмия	2
		выше 60%	0
		50-60%	1
Тип ЦГД	50-40%	2	
	менее 40%	3	
	нормокинет.	0	
Гемостаза (коагуляционная)	Тромбоциты $\times 10^9$ л	гиперкинет.	1
		гипокинет.	2
		120 и более	0
		81-129	1
Неврологический статус	Шкала Глазго, баллы	51-80	2
		21-50	3
		20 и более	4
		15	0
		13-14	1
		10-12	2
7-9	3		
		менее 6	4

Максимальной суммой баллов, при которой считали возможным выполнение СО считали 4, при этом каждый показатель не должен превышать 1 балла.

Результаты и обсуждения

Вид СО при различных формах холецистита приведен в табл. 1.

Таблица 1

СО при различных формах холецистита

Наименование операции	Форма холецистита		Всего
	Острая	Хроническая	
Ваготомия и ПШ	1	-	1
Резекция кишки с опухолью	1	3	4
Операция типа Гартмана	2	1	3
Операция Стронга	1	2	3
Спленэктомия	3	1	4
Ампутация матки	2	2	4
Удаление придатков матки	6	4	10
Резекция яичника	5	6	11
Грыжесечение	47	31	78
Венэктомия	-	6	6
Операция Троянова	2	-	2
Удаление забрюшинной опухоли	1	-	1
Удаление опухоли мягких тканей	25	30	75
Итого	96	86	182

Из табл. 1 следует, что в основном СО, как и при остром, так и при хроническом холецистите составили грыжесечения. В случае острого холецистита они были выполнены у 47 пациентов (49,0%), в случае хронического у 31 (36,0%). Следует отметить, что 78 грыжесечений – 72 (92,3%) были выполнены по поводу послеоперационной вентральной грыжи, 3 (3,8%) по поводу паховой и 3 (3,8%) по поводу бедренной. Из 72 операций по поводу послеоперационных грыж – у 67 (93,0%) грыжа располагалась по средней линии живота выше пупка. В этом случае грыжесечение становилось оперативным доступом к желчному пузырю.

Ваготомия с пилоропластикой выполнялась по поводу хронической язвы 12-ти перстной кишки. Резекция кишки с опухолью и операция типа Гартмана – по поводу случайно обнаруженных опухолей ободочной кишки. Операция Стронга – при наличии дуоденостаза, спленэктомия – при спленомегалии (во всех случаях была интраоперационная консультация гематолога).

Ампутация матки производилась по поводу фибромиомы, удаление придатков при различной их патологии, резекция яичника в случае обнаружения кисты. Во всех случаях в операции участвовал опытный гинеколог.

Венэктомия выполнялась в 6 случаях, когда желчный пузырь удалялся лапароскопически. Операция Троянова производилась при восходящем тромбозе поверхностных вен бедра.

Наконец, удаления опухолей мягких тканей производили по поводу липом различных размеров и локализации.

Следует отметить, что из 182 холецистэктомий – 34 (18,7%) были выполнены лапароскопически; из них 13 (13,5%) при остром холецистите и 21 (24,4%) при хроническом. Послеоперационный период у этих пациентов протекал гораздо легче, и сроки пребывания в стационаре были на 3-4 дня меньше. Низкий удельный вес лапароскопических операций объясняется дефектами комплектации аппаратуры в клинике и отсутствием навыков лапароскопии у многих хирургов отделения на период набора данного материала.

При анализе историй болезни было установлено, что до операции диагноз сочетанного заболевания был установлен у 78 пациентов (81,3%) с острым

холециститом и у 70 (81,3%) с хроническим, т.е. всего у 148 больных (81,3%). Таким образом, у 34 пожилых пациентов (18,7%) симультаный этап операции заранее не был запланирован. Поэтому все СО мы предлагаем разделить на 2 группы:

I – запланированные заранее

II – неожиданные.

Исходя из предложенной нами шкалы полиорганной недостаточности пришлось отказать в СО 62 больным (25,4%); 50 (34,2%) – при остром холецистите и 12 (12,2%) – при хроническом; основному числу – 51 пациенту (82,2%) из-за дисфункции сердечно-сосудистой системы.

Во время операции от симультанного этапа отказались в 14 (7,1%) случаях, по причине:

- непредвиденная большая кровопотеря во время холецистэктомии (2 случая);
- наличие перитонита (6 случаев);
- нестабильная гемодинамика во время холецистэктомии (4 случая);
- недостаточная квалификация хирургов (2 случая).

Все 182 симультаные операции выполнялись хирургами высшей и первой категории. При этом в 10 случаях (5,5%) операцию начинали менее квалифицированные хирурги, а заканчивали более опытные.

Мы сравнили сроки предоперационной подготовки, пребывания в отделении реанимации, среднюю длительность лечения после операции у пожилых больных при обычной и симультанной холецистэктомии при различных формах холецистита. Они оказались идентичными.

После 182 СО осложнения развились в 7 случаях (3,8%): в 2-х случаях возникла пневмония; в 2-х – нагноение раны; в 1 – ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии; в 1- инфаркт миокарда; в 1 – острый панкреатит. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Симультаные операции являются эффективным методом лечения различных форм холецистита в сочетании с другими хирургическими заболеваниями у пациентов пожилого и старческого возраста. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным методам лечения.

2. Симультаные операции у больных старше 60 лет должны выполняться при отсутствии выраженных нарушений функций жизненно важных органов и наиболее квалифицированными хирургами.

3. Разработанная бальная шкала определения степени полиорганной недостаточности позволяет объективно оценить переносимость СО у больных пожилого и старческого возраста

1. Горохова С.Г. “Оптимизация диагностики хронической сердечной недостаточности в пожилом возрасте” Клиническая геронтология. – 2001. - №12. - с. 46-53.

2. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В., Индербиев Т.С. Сочетанные операции при холелитиазе//Хирургия. – 1999. - №8. – с. 37-39.

3. Жидков С.А. “Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет” Клиническая геронтология. – 2003. -№9. - с. 98.

4. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. “Сочетанные операции в абдоминальной хирургии” Хирургия. – 1999. - №6. - с. 54-55

5. Маховский В.З. “Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии” Ставрополью – 2002. - с. 205.

6. Панфилов Б.К., Малярчук В.И., Степанов Н.В., Шеленин А.А., Ежова Л.Г. “Значение эхокардиографии в прогнозе исхода операций при холецистите в прогнозе у пожилых людей” Хирургия. - 2002. - №3.– с. 11-13.
7. Ратнер Г.Л. Ардабьев О.В., Лебедев С.Ю. , Макаров П.А., Сидоров О.В. Показаны ли симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология. - 1998. - №4. - с. 29-32.
8. Marshall J. C. et al.// Ibid. – 1995. - Vol.23. – P. 1638-1652.
9. Mason E.E., Renquist K.E., Jiang D. Perioperative risk and safety of surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr 1992; 55: 573-576.
10. Vincent J.- L.// Sepsis. – 1997. – Vol. I, N 1. – P. 53-54