



А. В. Капшитарь

Запорожский
государственный медицинский
университет

© Капшитарь А. В.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ВЫПОЛНЕННОЙ МИНИ-ДОСТУПОМ И ТРАДИЦИОННЫМ ЛАПАРОТОМНЫМ ДОСТУПОМ

Резюме. Из 602 больных с острым холециститом после холецистэктомии умерли 6 (1 %) пациентов. Флегмонозная форма была у 2 (33,3 %) больных и гангренозно-перфоративная — у 4 (66,7 %), осложнённая околопузырными инфильтратами и абсцессами. Для улучшения результатов лечения острого холецистита следует отдавать приоритет малотравматичному мини-доступу при неотложной холецистэктомии.

Ключевые слова: острый холецистит, холецистэктомия, оперативные доступы, летальность.

Введение

В настоящее время острый холецистит (ОХ) вышел на 1-е место среди больных, поступающих в хирургический стационар, а среди прооперированных — устойчиво занимает 2-е место после острого аппендицита [1, 5]. Отмечается рост заболеваемости ОХ [7]. Холецистэктомия остаётся основным методом лечения ОХ [7]. Однако если операции, выполненные в плановом порядке, сопровождаются летальностью 0,2–0,3 %, то после неотложных оперативных вмешательств ситуация значительно хуже [1]. В настоящее время в ведущих клиниках, специализирующихся на этой проблеме, летальность после неотложной холецистэктомии редко превышает 2 %, а в отдельные годы — оказывается равна нулю [1, 8]. В других же хирургических клиниках летальность достигает 12 %, возрастая до 46 % у пациентов с гангренозной формой ОХ, осложнённого околопузырным инфильтратом и перитонитом [5, 6, 10]. Вместе с тем при неосложнённых формах ОХ летальность наиболее низкая и составляет 0,5 % [8]. Старение населения в мире привело к увеличению гериатрической группы пациентов с ОХ [9]. Её частота варьирует от 65 до 95 %, как правило, с возрастными сопутствующими заболеваниями, и прежде всего сердечно-сосудистой системы, составляющих так называемую группу риска с летальностью, достигающей 14–27 % [3–6, 10].

Летальные исходы зависят от ряда факторов, среди которых возраст, прошедшее время от начала заболевания до госпитализации и сроков дооперационного консервативного лечения в клинике, осложнения заболевания и послеоперационного периода, сопутствующие заболевания [2]. На цифры летальности влияет также и выбор длины лапаротомного оперативного доступа [1, 3, 5, 6]. Традиционная широкая лапаротомия длиной 15–20 см и более для доступа к желчному пузырю сопровождается обширной травмой кожи и подкожно-

жировой клетчатки, мышечно-фасциальных слоёв передней брюшной стенки, способствующих росту и подъёму летальности до более высоких цифр [6, 7, 10]. Использование малотравматичного мини-доступа позволяет исключить летальные исходы вовсе или уменьшить показатели послеоперационной летальности до 1,6 % [1, 3, 6, 9, 10].

Цель исследований

Провести анализ летальных исходов у пациентов с острым холециститом после холецистэктомии из мини-доступа и традиционного лапаротомного доступа.

Материалы и методы исследований

За период с 2001 по 2015 г. в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», которое является базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, оперировали 602 больных с ОХ из разных лапаротомных оперативных доступов. Из них для холецистэктомии у 553 (91,9 %) пациентов применили правосторонний вертикальный трансректальный мини-доступ длиной 4–6 см (МХЭ), у 49 (8,1 %) — традиционную верхнюю срединную лапаротомию по Лебкеру (ТХЭ).

Результаты исследований и их обсуждение

Из всех 602 оперированных больных умерли 6 (1 %). После МХЭ летальный исход наступил у 2 (0,4 %) пациентов и после ТХЭ — у 4 (8,2 %). Мужчина был 1 (16,7 %) и женщин — 5 (83,3 %) в возрасте 59–91 год. В среднем возрасте находился 1 (16,7 %) больной, пожилым — 1 (16,7 %), старческом — 3 (50 %) и долгожителем — 1 (16,7 %). Все пациенты страдали тяжёлыми интеркуррентными заболеваниями. Из них ИБС и нарушения кровообращения II_{2А-Б} степени выявлено у всех больных, различные варианты нарушения ритма — у 5 (83,3 %), генерализованный атеросклероз — у 4 (66,7 %), ожирение IV степени — у 4 (66,7 %), гиперто-

ническая болезнь – у 3 (50 %), блокада правой ножки пучка Гисса – у 2 (33,3 %), сахарный диабет – у 2 (33,3 %), хроническое obstructивное заболевание лёгких – у 2 (33,3 %), венозный тромбоз эмболизм – у 2 (33,3 %), рак III клинической группы – у 2 (33,3 %) (желудок - 1, молочная железа - 1), аневризма брюшного отдела аорты с пристеночным тромбом – у 1 (16,7 %), острый инфаркт миокарда – у 1 (16,7 %), чрезвертельный перелом бедра – у 1 (16,7 %).

Различные по объёму оперативные вмешательства 9-40 лет назад перенесли также все пациенты (резекция желудка по Бильрот-II – 2, аппендэктомия + кесарево сечение – 2, экстирпация матки с придатками – 1, мастэктомия – 1).

В анамнезе заболевания на протяжении многих лет у 5 (83,3 %) больных были периодические печёночные колики, из которых 2 (40 %) пациента знали о наличии хронического калькулёзного холецистита, однако за медицинской помощью не обращались. Обращаемость же пациентов от начала развития острого холецистита также не своевременная. Так, до 6 часов доставлен СМП 1 (16,7 %) больной, от 6 до 24 часов – 2 (33,3 %) и в течение 2-4 суток – 3 (50 %). Этому способствовало длительное самолечение у 3 (50 %) пациентов, ошибки бригады СМП и участкового врача – у 1 (16,7 %) и ошибка хирурга – у 1 (16,7 %). Диагностика острых хирургических заболеваний на догоспитальном этапе была трудной. СМП доставила больных в клинику в тяжёлом состоянии с различными диагнозами (острый холецистопанкреатит? – 3, тромбоз мезентериальных сосудов? – 1, острый панкреатит – 1, ущемлённая пупочная грыжа, перитонит – 1).

В приёмно-диагностическом отделении после клинического обследования хирургом у 2 (33,3 %) больных установлен диагноз острого холецистита, у 2 (33,3 %) – острого холецистопанкреатита?, тромбоза мезентериальных сосудов?, у 1 (16,7 %) – острого панкреатита?, прободной язвы желудка? и у 1 (16,7 %) – острой кишечной непроходимости, разлитого перитонита. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз с варьированиями лейкоцитов $9,8-21,1 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерных нейтрофилов от 2 до 32 %. В общем анализе мочи выявлены повышение белка, лейкоцитов и эритроцитов, гиалиновых и зернистых цилиндров, переходного и почечного эпителия у 5 (83,3 %) пациентов. Повышение глюкозы крови варьировало от 7,8 до 18 ммоль/л у 3 (50 %) больных. Обзорная рентгенография брюшной полости не информативна. УЗИ, выполненное у 4 пациентов, выявило острый калькулёзный холецистит у 2 (50 %) больных, острый

деструктивный холецистит – у 1 (25 %) и обострение хронического калькулёзного холецистита – у 1 (25 %). При помощи минилапароскопии у 1 пациента диагностировали острый деструктивный холецистит, околопупырный инфильтрат.

Проведенная консервативная терапия оказалась неэффективной и установлены показания к неотложной операции. Среди предоперационных диагнозов у 3 (50 %) больных определён острый деструктивный калькулёзный холецистит, у 1 (16,7 %) – острый калькулёзный холецистит, у 1 (16,7 %) – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки?, перфоративный холецистит? и у 1 (16,7 %) – разлитой перитонит неясной этиологии. В течение 6 часов после госпитализации оперированы 3 (50 %) пациентов, в течение 6-24 часов – 1 (16,7 %) и 1-2 суток – 2 (33,3 %).

Традиционный широкий лапаротомный оперативный доступ выполнили у 4 (66,7 %) больных, из которых верхнюю срединную лапаротомию осуществили у 3 (75 %) пациентов и доступ Мириizzi – у 1 (25 %). Показанием к верхней срединной лапаротомии у 1 (25 %) больного была невозможность дифференциальной диагностики между острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у 1 (25 %) – ожирение III степени при индексе массы тела 41 по В. И. Луфту (1995) и у 1 (25 %) – разлитой перитонит, к доступу Мириizzi – у 1 (25 %) ожирение III степени при индексе массы тела 43,3. Мини-доступ для холецистэктомии был избран у 2 (33,3 %) пациентов с клинической картиной острого деструктивного калькулёзного холецистита.

Из всех оперированных больных после ревизии у 2 (33,3 %) пациентов диагностирован острый флегмонозный калькулёзный холецистит и у 4 (66,7 %) – гангренозно-перфоративный холецистит (калькулёзный – 3, бескаменный – 1). Осложнённое течение острого холецистита имело место у всех больных, из них околопупырный инфильтрат выявлен у 5 (83,3 %) пациентов (разлитой гнойно-фибринозный перитонит – 2, местный гнойный фибринозный перитонит – 1) и околопупырный абсцесс с местным желчным перитонитом – у 1 (16,7 %).

На догоспитальном этапе фатальное осложнение основной патологии развилось у 1 (16,7 %) больного, во время операции полная атриовентрикулярная блокада – у 1 (16,7 %). У остальных 4 (66,7 %) пациентов фатальные осложнения развились в различные сроки после операции: у 1 (25 %) больного по окончании операции развилась некорригируемая миокардиальная недостаточность, приведшая к отёку лёгких, у 1 (25 %) – не-



окклюзионный ишемический инфаркт мозга множественной локализации, у 1 (25 %) — в течение 24 часов возник острый трансмуральный инфаркт миокарда с острым нарушением мезентериального кровообращения и тромбозом верхней брыжеечной артерии с исходом в гангрену тонкого кишечника и у 1 (25 %) — на 4-е сутки развился острый восходящий тромбофлебит подкожных вен правой нижней конечности, флеботромбоз глубоких вен левой нижней конечности с последующей одномоментной массивной двусторонней тромбоэмболией основного ствола лёгочной артерии.

Несмотря на продолженную интенсивную консервативную терапию и реанимационное пособие, 3 (50 %) пациентов умерли в течение 1-х суток после операции (абдоминальный сепсис — 1, полная атриовентрикулярная блокада — 1, множественные инфаркты мозга — 1), 1 (16,7 %) — на 3-и сутки от отёка лёгких и 2 (33,3 %) — на 7-9-е сутки (острый инфаркт миокарда + острое нарушение мезентериального

кровообращения, гангрена тонкого кишечника — 1, тромбоэмболия лёгочной артерии — 1).

Выводы

Общая летальность после холецистэктомии у больных острым холециститом из различных оперативных доступов составила 1 %.

Летальные исходы в старческом возрасте и у долгожителей обусловлены развитием в хирургической клинике декомпенсации множественных тяжёлых интеркуррентных заболеваний, которые у 83,3 % пациентов были причиной системных экстраабдоминальных осложнений и у 16,7 % — абдоминального сепсиса на догоспитальном этапе.

Методом выбора для холецистэктомии у 83,3 % больных был малотравматичный мини-доступ с летальностью 0,4 %, традиционный лапаротомный оперативный доступ — мера вынужденная при запредельных степенях ожирения, невозможности дифференциальной диагностики между острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями, разлитом перитоните, что увеличило летальность до 8,2 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А. С. Острый холецистит: современные методы лечения // А. С. Ермолов, А. А. Гуляев [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.Ivrach.ru/2005/02/4532087.
2. Исходы лечения острого холецистита. Прогноз и осложнения операций на желчном пузыре [Электронный ресурс]. — Режим доступа: medicalplanet.su/chirurgia/120.html.
3. Прилепина Е. В. Малоинвазивные технологии при остром холецистите у стариков / Е. В. Прилепина // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. — 2011. — Вып. 39 (256). — С. 83 — 84.
4. Опыт применения мини-лапаротомий при хирургических вмешательствах на органах гепатобилиарной системы / В. В. Бойко, Б. С. Федак, О. Н. Песоцкий [и др.] // Медицина неотложных состояний. — 2007. — № 4. — С. 48—50.
5. Результаты лечения острого холецистита в многопрофильном стационаре / А. Ф. Шульга, Е. С. Губочкин, С. Н. Покалюхин [и др.]. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.med.spbu.ru/archiv/vest/9_2/2_11.pdf.
6. Тактика активных технологий при остром холецистите / Н. Х. Мусабаев, Е. М. Имантаев, Ш. К. Ибрагимов [и др.]. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: group-global.org/ru/publication/24134/.
7. Хирургия острого живота / Под ред. Г. И. Синенченко, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. — 512 с.
8. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://book.google.com.ua>.
9. Холецистэктомия из минидоступа у больных калькулёзным холециститом / Ю. Г. Алиев, Ф. С. Курбанов, В. К. Попович [и др.] // Хирургия. — 2013. — № 11. — С. 32—34.
10. Чадаев А. П. Диагностика и лечение острого холецистита [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.Ivrach.ru/1999/08/4528165/.



АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ
У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ ПІСЛЯ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ,
ЯКА ВИКОНАНА
МІНІ-ДОСТУПОМ
І ТРАДИЦІЙНИМ
ЛАПАРОТОМНИМ
ДОСТУПОМ

A. B. Kanuutar

ANALYSIS OF MORTALITY
IN PATIENTS WITH ACUTE
CHOLECYSTITIS AFTER
CHOLECYSTECTOMY,
PERFORMED BY
MINI-ACCESS AND
TRADITIONAL
LAPAROTOMY

A. V. Kapshitar

Резюме. З 602 хворих з гострим холециститом після холецистектомії померли 6 (1 %) пацієнтів. Флегмонозна форма була у 2 (33,3 %) хворих і гангренозно-перфоративного — у 4 (66,7 %), ускладнена біляміхурними інфільтратами і абсцесами. Для поліпшення результатів лікування гострого холецистити слід віддавати пріоритет малотравматичних міні доступу при невідкладної холецистектомії.

Ключові слова: *гострий холецистит, холецистектомія, оперативні доступи, летальність.*

Summary. Out of 602 patients with acute cholecystitis 6 (1 %) patients died after cholecystectomy. The phlegmonous form took place in 2 (33.3 %) patients and gangrenous-perforating — in 4 (66.7 %), complicated by paravesical infiltrates and abscesses. To improve the results of treatment of acute cholecystitis, priority should be given to low-traumatic mini-access in case of emergency cholecystectomy.

Key words: *acute cholecystitis, cholecystectomy, operative access, lethality.*