

Факторы операционного риска у больных холедохолитиазом пожилого и старческого возраста

Б. А. Сотниченко.

К. В. Гончаров.

О. В. Перерва.

В. И. Макаров.

Г. Н. Дублер

Клиника

факультетской хи-

рургии с курсом

эндоскопии (зав.-

проф. Б.Л.

Сотниченко)

Владивостокского

государственного

медицинского

университета

Представлен опыт лечения 399 пациентов с холедохолитиазом. Использован диагностический алгоритм, включающий УЗИ, ФГДС, РХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию, чресфистульную холецистохолангиографию, компьютерную томографию, операционную холангиографию. При выборе хирургической тактики учитывались данные клинико-биохимических исследований и степень тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Все пациенты были разделены на 3 группы. Сравнительной оценке были подвергнуты число осложнений холедохолитиаза, частота и характер сопутствующих заболеваний, биохимические показатели, частота и структура послеоперационных осложнений и летальность. Пациенты в возрасте до 59 лет составили 1-ю группу (132 больных), в возрасте от 60 до 74 лет - 2-ю (178) и в возрасте 75 лет и старше - 3-ю (89). Более чем у 30% лиц пожилого и старческого возраста холедохолитиаз сочетается с деструктивными формами холецистита и перитонитом, что следует учитывать при выборе хирургической тактики. Тяжесть состояния больных с холедохолитиазом в этих возрастных группах значительно усугубляется наличием одного или нескольких сопутствующих заболеваний, что обуславливает высокую степень операционного 1-1 анестезиологического риска и диктует необходимость применения много-этапных минивозивных вмешательств. Разумное их сочетание со стандартными операциями даже при сложных морфологических изменениях в билиарной системе у лиц пожилого и старческого возраста дает вполне удовлетворительные результаты.

Risk Factors of the Operation in Elderly and Senile Cholelithiasis Patients

B. A. Sotnichenko.

K. V. Goncharov.

O. V. Pererva.

V. I. Makarov.

G. N. Dublev

Filclilty Surgery

Department with

an Endoscopy

Course (Chief-

Prof. B.A.

Sotnichenko),

Vladivostok State

Medical University

Experience of treatment of 399 cholelithiasis patients is submitted. The diagnostic algorithm including ultrasonics, endoscopy, LiRCP, PTC, fistulography, computed tomography, operational cholangiography was applied. Clinical-biochemical data and a degree of gravity of the basic and accompanying pathology were taken into account at a choice of the surgery. All patients were divided into 3 groups according to their age. Comparative estimation of cholelithiasis complications number, frequency and character of accompanying pathology, preoperative biochemical parameters, postoperative morbidity and mortality rate was carried out between them. Patients in the age under 59 years were referred in the first group (132 patients), in the age of 60—74 years - in the second (178) and in upon 75 years - in a third (89).

More than at 30% of persons of elderly and senile age a cholelithiasis is accompanied with destructive forms of a cholecystitis and a peritonitis, that should be taken into account at a choice of surgery. Gravity of a condition in patients with a cholelithiasis in the given age groups considerably depends on one or several accompanying diseases, that determines a high degree of an operational and anesthesiologic risk. It dictates necessity of application of various combinations of minimally invasive interventions. A reasonable combination of minimally invasive interventions with standard operations even in complicated cases of cholelithiasis in persons of elderly and senile age gives quite satisfactory results.

Одной из наиболее важных проблем билиарной хирургии сегодня является лечение холедохолитиаза, частота которого при желчнокаменной болезни составляет, по данным разных авторов, от 5 до 35% [1, 2, 7-10, 12, 13]. Увеличение абсолютного числа пациентов с желчнокаменной болезнью привело к: значительному росту за последние годы случаев холедохолитиаза у больных пожилого старческого возраста [3, 4, 9, 10, 13].

Разработанные терапевтические методы коррекции данного заболевания (литолитиз путем перорального приема различных препаратов), чрескожное чреспеченочное удаление желчных

конкрементов, различные методы литотрипсии (механической и экстракорпоральной ударными волнами) в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов наряду с преимуществами обладают рядом недостатков, связанных со специфическими осложнениями, характерными для каждого из указанных методов [1,8,11, 12]. Кроме того, данные терапевтические методы коррекции холедохолитиаза не решают главной проблемы - рецидива заболевания вследствие сохранения содержащего камни желчного пузыря [8, 12].

Если у больных моложе 60 лет современной медицине удалось достигнуть удовлетворительных результатов лечения, то вопросы выбора хирургической тактики, сроков выполнения и объема оперативного вмешательства на желчевыводящих путях у больных пожилого и старческого возраста при осложненной форме желчнокаменной болезни продолжают оставаться наиболее дискутабельными и вызывающими принципиальные разногласия у хирургов [1,9, 11].

Таблица 1. Структура и частота других осложнений желчнокаменной болезни

Осложнения	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего больных
Механическая желтуха	111 (84.1 ± 9.9)	155 (87.1 ± 6.3)	83 (93.3 ± 7.0)	349 (87.5)
Стеноз/стриктура терминального отдела общего желчного протока	67 (50.8 ± 4.4)	112 (62.9 ± 3.6)	42 (47.2 ± 5.3)	221 (55.4)
Панкреатит	57 (43.2 ± 4.3)	70 (39.3 ± 3.7)	34 (38.2 ± 5.2)	161 (40.4)
Фибринозный/гнойный холангит	47 (35.6 ± 4.2)	67 (37.6 ± 3.6)	34 (38.2 ± 5.2)	148 (37.1)
Деструктивные формы холецистита	38 (28.8 ± 3.9)	53 (29.8 ± 3.4)	35 (39.3 ± 5.2)	126 (31.6)
Гепатит/цирроз печени	32 (24.2 ± 3.7)	47 (26.4 ± 3.3)	28 (31.5 ± 4.9)	107 (26.8)
Перитонит	10 (7.6 ± 2.3)	23 (12.9 ± 2.5)	16 (18.0 ± 4.1)	49 (12.3)
Билиодигестивные свищи	1 (0.8 ± 0.7)	–	3 (3.4 ± 1.9)	4 (1.0)

Примечание: здесь и в табл. 2–4 в скобках – показатели в процентах.

Таблица 2. Структура сопутствующих заболеваний

Заболевания	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего больных
Гипертоническая болезнь II–III стадии	32 (24.2 ± 3.7)	110 (61.8 ± 3.6)	49 (55.1 ± 5.3)	191 (47.9)
Ишемическая болезнь сердца (НК II–III стадии)	16 (12.1 ± 2.8)	83 (46.6 ± 3.7)	70 (78.7 ± 4.3)	169 (42.4)
Ожирение II–IV степени	23 (17.4 ± 3.3)	53 (29.8 ± 3.4)	17 (19.1 ± 4.2)	93 (23.3)
Сахарный диабет	4 (3.0 ± 1.5)	24 (13.5 ± 2.6)	10 (11.2 ± 3.3)	38 (9.5)
Заболевания мочевыделительной системы	8 (6.1 ± 2.1)	17 (9.6 ± 2.2)	5 (5.6 ± 2.4)	30 (7.5)
Хронические неспецифические заболевания легких	5 (3.8 ± 1.7)	15 (8.4 ± 2.1)	6 (6.7 ± 2.7)	26 (6.5)
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	7 (5.3 ± 1.9)	10 (5.6 ± 1.7)	2 (2.2 ± 1.6)	19 (4.8)
Онкологические заболевания	2 (1.5 ± 1.1)	5 (2.8 ± 1.2)	5 (5.6 ± 2.4)	12 (3.0)
Облитерирующие заболевания артерий	3 (2.3 ± 1.3)	3 (1.7 ± 1.0)	2 (2.2 ± 1.6)	8 (2.0)
Туберкулез	1 (0.8 ± 0.7)	6 (3.4 ± 1.4)	–	7 (1.8)

"Золотым стандартом" устранения холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста на сегодняшний день считаются малоинвазивные и видеохирургические методики. Однако "золотой стандарт" в повседневной жизни хирурга из-за отсутствия соответствующего оснащения или анатомоморфологических изменений в зоне большого дуоденального сосочка, терминального отдела общего желчного протока и печеночно-двенадцатиперстной связки бывает трудноосуществим.

Поэтому ряд исследователей у пациентов данных возрастных групп вынуждены использовать "золотую середину" - сочетание многоэтапных миниинвазивных вмешательств со стандартными [1,6].

Настоящее исследование было выполнено для оценки безопасности стандартного хирургического лечения холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

За период с января 1993 г. по июнь 2001 г. в отделении неотложной хирургии ГКБ № 2 Владивостока находилось 399 пациентов в возрасте от 15 до 93 лет с диагностированным холедохолитиазом. Мужчин было 110 (27.6%), женщин - 289 (72.4%). Холецистохоледохолитиаз был отмечен у 346 (86.7%) пациентов, постхолецистэктомический синдром вследствие рецидивного или резидуального холедохолитиаза - у 53 (13.3%) больных. В связи с профилем отделения большинство больных - 387 (97.0%) - госпитализированы в неотложном порядке, только у 12 пациентов холедохолитиаз выявлен до или во время плановых оперативных вмешательств.

В диагностике холедохолитиаза, помимо клинических данных, нами использован диагностический алгоритм, предусматривающий проведение инструментальных исследований в определенной последовательности: УЗИ, ГДС, РХПГ (230 больных), чрескожная чреспеченочная холангиография (12), чресфистулярная холецистохолангиография (9), компьютерная томография (22). Всем радикально оперированным больным выполнена операционная холангиография.

При выборе хирургической тактики учитывали время с момента заболевания, выраженность эндогенной интоксикации и перитонеальных симптомов (при деструктивном холецистите), результаты клинико-биохимических и инструментальных исследований, эффективность интенсивной консервативной терапии, степень тяжести основного и сопутствующих заболеваний.

В зависимости от возраста все пациенты были разделены на 3 группы, в которых сравнивались осложнения, связанные с наличием желчных конкрементов, частота и характер сопутствующих заболеваний, биохимические показатели (уровень сывороточного билирубина, аминотрансфераз, мочевины, остаточного азота, креатинина, общего белка и его фракций, гемоглобина), длительность нахождения в стационаре, частота и структура послеоперационных осложнений и летальность. В 1-ю группу вошло 132 (33.1%) больных в возрасте до 59 лет, во 2-ю - 178 (44.6%) больных в возрасте от 60 до 74 лет, в 3-ю группу - 89 (22.3%) больных в возрасте 75 лет и старше. Пациенты пожилого и старческого возраста составили абсолютное большинство (66.9%), пик заболеваемости в нашем исследовании отмечался в возрастном периоде от 60 до 79 лет.

Результаты и обсуждение

Другие осложнения желчнокаменной болезни

У 96.0% наблюдавшихся нами больных холедохолитиаз сочетался другими осложнениями (двумя и более) желчнокаменной болезни. Чаще всего имели место механическая желтуха (87.0%), стеноз большого дуоденального сосочка или стриктура терминального отдела общего желчного протока (55.4%), дуктогенный панкреатит (40.4%), фибринозный или гнойный холангит (37.1%), деструктивный холецистит (31.6%). Реже отмечались изменения со стороны печени - хронический гепатит или цирроз (26.8%), ограниченные или распространенные формы перитонита (12.3%), билиодигестивные свищи (1.0%). Структура и частота других осложнений желчнокаменной болезни в зависимости от возраста пациентов отражены в табл. 1.

Обращает на себя внимание, что если частота встречаемости сужения терминального отдела общего желчного протока, дуктогенного панкреатита, фибринозного или гнойного холангита и изменений со стороны печени существенно не различалась между возрастными группами, то билиодигестивные свищи, деструктивные формы холецистита и перитонита достоверно чаще отмечались в 3-й группе. Данные обстоятельства зачастую приводили к необходимости выполнения открытого оперативного вмешательства в экстренном порядке, значительно ограничивая возможность использования малоинвазивных методик в лечении холедохолитиаза у больных этой группы.

Характеристика сопутствующих заболеваний

Мы полностью разделяем мнение ряда авторов, отмечающих, что паспортный или биологический возраст без учета такого фактора, как сопутствующие заболевания, не отражает адекватно физического состояния пациента. Необходимо выделить такое комплексное понятие, как "клинический возраст", являющийся суммой паспортного и так называемой нозологической поправки, отражающей наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания [3,12].

Тяжелые сопутствующие заболевания имелись у 74.9% всех больных. Наиболее распространенными во всех группах были гипертоническая болезнь (47.9%), ишемическая болезнь сердца (42.4%) и ожирение (23.3%). Структура и частота сопутствующих заболеваний в различных возрастных группах представлены в табл. 2.

Сопутствующие заболевания отмечены у 45.5% больных 1-й группы, у 88.0% - 2-й и у 94.7% - 3-й группы, при этом у большинства больных пожилого и старческого возраста их было по два и более (табл. 3).

У 50.4% больных обнаруживались изменения, характерные для нарушения функции печени (диспротеинемия, повышение уровня аминотрансфераз и щелочной фосфатазы), и частота этих отклонений во всех группах была одинаковой (табл. 4).

Несколько реже встречавшиеся анемия, нарушения функции почек и гипопропротеинемия также были отмечены во всех возрастных группах. Однако если число больных с анемией при поступлении в стационар было примерно одинаковым, то частота изменений других биохимических показателей прогрессивно нарастала с увеличением возраста пациентов и была максимальной в 3-й группе.

Таблица 3. Частота сопутствующих заболеваний				
Число сопутствующих заболеваний	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего больных
Нет	72 (54.5 ± 4.3)	19 (10.7 ± 2.3)	5 (5.6 ± 2.4)	96 (24.1)
1	33 (25.0 ± 3.8)	66 (37.1 ± 3.6)	31 (34.8 ± 5.0)	130 (32.6)
2	14 (10.6 ± 2.7)	42 (23.6 ± 3.2)	30 (33.7 ± 5.0)	86 (21.6)
3	13 (9.8 ± 2.6)	51 (28.7 ± 3.4)	23 (25.8 ± 4.6)	87 (21.8)

Таблица 4. Частота примесных биохимических показателей				
Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего больных
Нарушение функции печени	63 (47.7 ± 4.3)	89 (50.0 ± 3.7)	49 (55.1 ± 5.3)	201 (50.4)
Анемия	23 (17.4 ± 3.3)	29 (16.3 ± 2.8)	15 (16.9 ± 4.0)	67 (16.8)
Нарушение функции почек	5 (3.8 ± 1.7)	18 (10.1 ± 2.3)	17 (19.1 ± 4.2)	40 (10.0)
Гипопропротеинемия	6 (4.5 ± 1.8)	16 (9.0 ± 2.1)	9 (10.1 ± 3.2)	31 (7.8)

Длительность нахождения в стационаре и летальность в зависимости от вида хирургического лечения

Средняя продолжительность стационарного лечения больных с холедохолитиазом в настоящем исследовании составила 22.2 ± 2.6 койко-дня и существенно не различалась во всех трех группах. Данное обстоятельство было обусловлено более низкой операционной активностью в 3-й группе по сравнению с 1-й и зачастую более коротким предоперационным периодом у больных 2-й и 3-й групп вследствие деструктивного холецистита и перитонита. Послеоперационный период у больных

пожилого и старческого возраста в среднем был на 5.9 ± 1.6 койко-дня больше, чем у пациентов 1-й группы.

Всего стандартные или миниинвазивные вмешательства были выполнены 339 больным (операционная активность составила $85.0 \pm 1.8\%$), в том числе 116 ($87.9 \pm 2.8\%$) из 1-й группы, 157 ($88.2 \pm 2.4\%$) из 2-й и 66- ($74.2\% \pm 4.6\%$) из 3-й группы.

Объем и частота использования различных методов хирургической коррекции холедохолитиаза, их исходы у лиц различных возрастных групп представлены в табл. 5.

Радикальные вмешательства (холецистэктомия, санация и восстановление проходимости желчных протоков) были выполнены 103 (78.0%) пациентам 1-й группы, 129 (72.5%) - 2-й и 38 (42.7%) 3-й группы. Стандартные операции с предшествующими миниинвазивными вмешательствами, направленные на коррекцию холедохолитиаза в этой группе составили 36%. Многоэтапные эндоскопические радикальные вмешательства выполнены 50 больным. У больных пожилого и старческого возраста холедохолитомия чаще всего завершалась наложением холедоходуоденоанастомоза, а у пациентов 1-й группы - холедохоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки. Учитывая относительную простоту техники и благоприятные ближайшие результаты, мы согласны с рядом авторов, считающих наложение холедоходуоденоанастомоза предпочтительным оперативным вмешательством для лиц пожилого и старческого возраста с высокой степенью оперативно-анестезиологического риска [5]. Незавершенные оперативные вмешательства по поводу холецистохолеолитиаза и паллиативные малоинвазивные вмешательства выполнены 13 (9.8%) пациентам 1-й группы, 28 (16.3%) пациентам пожилого и 28 (31.5%) - старческого возраста.

Общая частота послеоперационных осложнений составила 22.4% (76 из 339 пациентов), в том числе в 1-й группе $16.4 \pm 3.4\%$ (19 из 116), во 2-й $24.2 \pm 3.4\%$ (38 из 157) в 3-й $27.9 \pm 5.5\%$ (18 из 66). К тяжелым были отнесены 30 послеоперационных осложнений (10.7%), их частота в 1-й группе составила $7.8 \pm 2.5\%$ (9 из 116 больных), во 2-й $12.7 \pm 2.7\%$ (20 из 157) в 3-й $13.6 \pm 4.2\%$ (9 из 66). Таким образом, несмотря на более тщательный отбор и подготовку пациентов к оперативному лечению, во 2-й и 3-й группах частота послеоперационных осложнений была достоверно выше, чем в 1-й.

Из 399 больных с холедохолитиазом умерли 12 (3.0%). Причиной смерти 4 больных явился инфаркт миокарда, 4 - прогрессирующая полиорганная недостаточность вследствие гнойного холангита или распространенного перитонита, 3 - деструктивный дуктогенный панкреатит, 1 - профузное язвенное кровотечение. Все умершие имели по 2-3 сопутствующих заболевания. Средний возраст умерших 71.1 ± 3.6 года. Послеоперационная летальность в 1-й группе составила 1.6%, во 2-й-3.2% и в 3-й- 6.7%.

В группе больных после стандартных операций летальность была максимальной -4.65%, в то время как после использования поэтапных малоинвазивных методов коррекции холедохолитиаза она составила 2.04%. Из 113 пациентов пожилого и старческого возраста, которым произведена одномоментная коррекция холедохолитиаза с помощью стандартных открытых оперативных вмешательств, умерли 6 (5.3%). Летальность в этих же возрастных группах после многоэтапных малоинвазивных вмешательств составила 3.6%.

Более чем у 30% лиц пожилого и старческого возраста холедохолитиаз сочетается с деструктивными формами холецистита и перитонитом, что следует учитывать при выборе хирургической тактики. Тяжесть состояния больных пожилого и старческого возраста с холедохолитиазом значительно усугубляется вследствие наличия одного или нескольких сопутствующих заболеваний, что

Таблица 5. Виды хирургической коррекции холедохолитиаза				
Метод хирургического лечения	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего больных
Холецистэктомия + холедохолитотомия + холедоходуоденоанастомоз по Юрашу	20 (1)	51 (1)	24 (2)	95 (4)
Холецистэктомия + холедохолитотомия + холедохоеюноанастомоз по Ру	17	6	1	24
Холецистэктомия + холедохолитотомия + наружное дренирование ж/путей	20 (1)	17 (1)	3 (1)	40 (3)
Холецистэктомия + холедохолитотомия + трансдуоденальная ПСТ	1	1	–	2
Холедохолитотомия + билиодигестивный анастомоз при ПХЭС	4	6 (1)	1	11 (1)
ЭПСТ + санация протоков при ПХЭС	12	10 (2)	4	26 (2)
ЭПСТ + санация протоков + холецистэктомия с или без дренирования ОЖП	15	28	5	48
ЭПСТ + санация протоков + лапароскопическая холецистэктомия	14	10	–	24
Холецистостомия из минилапаротомного доступа + ЭПСТ	–	1	2 (1)	3 (1)
ЭПСТ с или без санации общего желчного протока	13	22	22 (1)	57 (1)
Чрескожная чреспеченочная холецистостомия + ЭПСТ	–	5	4	9
Не проводилось	16	21	23	60
Всего	132 (2)	178 (5)	89 (5)	399 (12)
Примечание: в скобках – число летальных исходов.				

обуславливает высокую степень операционного и анестезиологического риска и диктует необходимость коррекции данного заболевания многоэтапными миниинвазивными вмешательствами. Разумное их сочетание со стандартными операциями даже при сложных морфологических изменениях в билиарной системе у лиц пожилого и старческого возраста дает вполне удовлетворительные результаты.

Список литературы

1. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктов П.В. и др. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы // Анналы хир. гепатол. 1998. № 2. С. 71-78.
2. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическая ретроградная механическая литотрипсия при холедохолитиазе. М., 2001. 24 с.
3. Кузнецов Н.А. Факторы операционного риска: возраст? // Хирургия, 1966. № 5. С. 74-80.
4. Панфилов Б.К. Сердечно-сосудистые факторы риска в хирургии холецистита. Хирургия, 1996. № 3. С. 41-45.
5. Рынейский С.В., Морозов Ю.И. Холедоходуоденостомия. М.: "Медицина", 1968.
6. Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Гончаров К.В., Перерви О.В. Новые технологии в хирургии желчных путей и панкреатодуоденальной зоны. Сб. статей науч.-практ. конф., посвященной 80-летию проф. Скрипниченко Д.Ф. "Новые тенденции в хирургии XXI века". Киев, 2001. С. 622-628.
7. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Ризаев К.С., Григорян Р.С. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз. Эндоскоп, хир. 1999. № 6. С. 3-5.

8. Тимошина Д., Шестаков А. Д., Юрасов А. В. Хирургическое лечение заболеваний желчных путей // *Анналы хир, гепатол.* 1999. № 2. С. 23-31.
9. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В. Эндоскопическая хирургия М., ГЭОТАР Медицина, 1998.
10. Chopra, Kapil B., Peters, Richard A., O'Toole, Paul A. et al. Randomised study of endoscopic biliary endoprosthesis versus duct clearance for bile duct stones in high-risk patients. *The Lancet* Vol. 348 (9030). 21 September, 1996, 791-793.
11. Moreaux, Jean. Traditional Surgical Management of Common Bile Duct Stones: A Prospective Study During a 20-Year Experience. *American Journal of Surgery*. V. 169 (2). February, 1995; 220-226.
12. Shinagawa N., Mashita K., Yura J. The Operative Risk Factors of Cholelithiasis in the Elderly. *Surgery Today*. *The Japanese J. of Surg.*, 1992. V. 22: 29-34.
13. Targarona, Eduardo M., Perez., Ayuso, Rosa M., Bordas, Jose M. et al. Randomised trial of endoscopic sphincterotomy with gallbladder left in situ versus open surgery for common bile duct calculi in high-risk patients. *The Lancet*, v. 347 (9006); 6 April, 1996; 926-929.