

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS (LITERATURE REVIEW)

Nazarov Z.N.¹, Yusupalieva D.B.², Tilavova Yu.M.³
(Republic of Uzbekistan) Email: Nazarov510@scientifictext.ru

¹Nazarov Zokir Noryigitovich – Assistant,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND;

²Yusupalieva Dilnora Bakhodir qizi – Student,
FACULTY OF MEDICINE OF THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL
INSTITUTE, TASHKENT;

³Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi – Student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND,
REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the article presents a scientific review of gallstone disease in patients of elderly and senile age. The etiology, pathogenesis, modern methods of minimally invasive methods of surgical treatment of gallstone disease are described in detail. Thus, given the high operative-anesthetic risk and severe associated diseases in patients with acute cholecystitis, it is often necessary to resort to two-stage surgical treatment. As the first stage of treatment, minimal interventions are performed aimed at decompression of the gallbladder.

Keywords: elderly and senile age, cholelithiasis, acute cholecystitis, cholecystectomy, complication.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Назаров З.Н.¹, Юсупалиева Д.Б.², Тилавова Ю.М.³

¹Назаров Зокир Норйигитович – ассистент,
кафедра хирургических заболеваний № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд;

²Юсупалиева Дилнора Баходир кизи – студент,
лечебный факультет,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент;

³Тилавова Юлдуз Мухаммадишуккур кизи – студент,
кафедра хирургических заболеваний № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд,
Республика Узбекистан

Аннотация: в статье представлен научный обзор желчекаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Подробно описана этиология, патогенез, современные методы, малоинвазивные методы хирургического лечения желчекаменной болезни. Таким образом, учитывая наличие у больных острым холециститом высокого операционно-анестезиологического риска и тяжелых сопутствующих заболеваний, нередко приходится прибегать к двухэтапному хирургическому лечению. В качестве первого этапа лечения выполняются минимальные по объему вмешательства, направленные на декомпрессию желчного пузыря.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, желчекаменная болезнь, острый холецистит, холецистэктомия, осложнение.

Изучение результатов мировых демографических показателей свидетельствует об изменении возрастного состава человечества в сторону его старения. Возрастная группа старше 65 лет увеличилась с 4% до 15% в течение ушедшего XX века [3, 12]. Значительный рост больных острым холециститом (ОХ) также связан с общей тенденцией старения в развитых странах [12, 14]. Пик заболеваемости ОХ приходится на 50-70 лет, когда выполнение операции сопряжено со значительным риском [3, 14, 15].

Относительное количество деструктивных форм ОХ у больных старше 60 лет продолжает составлять по данным литературы от 40,5 до 92,8% [13, 17]. Благодаря исследованиям многих клиницистов и морфологов было установлено, что возрастные изменения желчного пузыря (ЖП) выражаются в увеличении его размеров и прогрессирующем фиброзе всех слоев его стенки. Наибольшие изменения отмечаются в мышечной оболочке и артериях ЖП. С 40 лет начинается атрофия мышечного слоя ЖП [3, 8]. Эти изменения особенно выражены у больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы - атеросклерозом и гипертонической болезнью, при которых выявляется склероз артерий ЖП, вплоть до их стеноза [5, 14]. Нарушение кровоснабжения стенки ЖП, связанное с его перерастяжением, усугубляющееся наличием склероза и фиброза сосудов, является причиной быстрого развития деструктивных форм ОХ [14, 17].

Ведущая роль в развитии острого деструктивного холецистита принадлежит желчной гипертензии [3, 6], основной причиной обтурации пузырного протока являются камни - 97,5% случаев [13]. Роль микробной флоры в развитии ОХ вторична, так как благоприятные условия для роста и размножения кишечной палочки создает прекращение оттока желчи из ЖП [5, 9]. Многими авторами выдвинута и аутоиммунная теория возникновения ОХ [2, 18]. Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста тяжелые и необратимые процессы в стенке ЖП, происходят в ранние часы после начала острого приступа [3, 8]. Воспалительный процесс чаще поражает все слои стенки, протекает

диффузно, а при деструктивных формах сопровождается образованием микроабсцессов, отеком и набуханием всех структур стенки ЖП [2, 9, 13]. Сосудистые изменения объясняют большую частоту развития острого бескаменного холецистита (ОБХ) у пожилых больных [12, 15].

Многие авторы подчеркивают сложность клинической диагностики ОХ у больных пожилого и старческого возраста. В ряде работ отмечается стертость и атипичность клинической картины ОХ и частое ее несоответствие патоморфологическим изменениям в ЖП [5, 8]. Однако другие хирурги считают, что различий в клинических проявлениях и течении ОХ у больных разных возрастных групп нет [4, 7, 21]. Также существует мнение, что, несмотря на схожую симптоматику, у больных старшей возрастной группы клиническое течение ОХ, характеризуется более частой деструкцией стенки ЖП [1, 8]. Основные клинические проявления ОХ (высокая температура, резкие боли, раздражение брюшины, лейкоцитоз) у больных старшей возрастной группы чаще всего или отсутствуют, или выражены незначительно [14, 19]. Это объясняется тем, что в процессе старения в организме происходят изменения в иммунной, эндокринной, сосудистой и нервной системах [12, 17]. Многие авторы отмечают различную степень встречаемости и нечеткость проявлений симптомов ОХ. К наиболее достоверным симптомам относят: 1) боль в правом подреберье (77-100%); 2) симптом Ортнера (67,4-77,7%). Иррадиация болей, диспепсические явления, симптомы Мерфи, Мюсси и др. встречаются гораздо реже (2,1-23,4%) [3, 6, 18]. Также ненадежной в диагностическом и прогностическом плане у пожилых больных является температурная реакция [13]. Многие авторы отмечают незначительную реакцию и отсутствие закономерности изменений периферической крови в зависимости от формы ОХ [3, 18]. Перечисленные трудности в диагностике ОХ у данной категории больных приводят к поздней госпитализации, что в значительной степени определяет высокий процент послеоперационных осложнений и высокую летальность [12]. Сдерживающим фактором, по мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, является повышение степени операционного риска у больных пожилого и старческого возраста в связи с сопутствующими заболеваниями [16].

Тяжесть состояния больных пожилого и старческого возраста ОХ обусловлена осложнениями основного заболевания и сопутствующими заболеваниями [14, 15]. У данной категории больных проявляется себя «синдром взаимного отягощения», когда в результате приступа ОХ и последующей интоксикации наступает декомпенсация сопутствующих заболеваний, что в свою очередь приводит больного к неоперабельному, с точки зрения радикальной операции, состоянию [11, 17].

Все вышеперечисленные факторы определяют трудности лечения этой категории больных, и во многом связаны с наличием сопутствующих

заболеваний, и сниженной реактивностью организма, что приводит к осложнениям, которые обусловлены повышенным риском операции [4]. С другой стороны, своевременное купирование воспалительного процесса в ЖП способствует улучшению общего состояния и создает наиболее благоприятные условия для лечения сопутствующих заболеваний [15].

Поскольку, клиническая картина ОХ у больных пожилого и старческого возраста нередко стертая, лабораторные данные часто не отражают истинную картину воспаления, то своевременность лечения требует своевременной диагностики [3, 18]. С целью установки точного диагноза и обоснованного выбора тактики лечения используется ультразвуковое исследование (УЗИ) [6, 18]. Существуют активная, выжидательная и активно-выжидательная тактика лечения ОХ нашедшие свое применение в различные периоды развития хирургии [2, 12, 14, 20]. Основным сдерживающим фактором в выборе тактики лечения ОХ большинство авторов считают повышенную степень риска оперативного вмешательства у больных пожилого и старческого возраста [4, 6, 10]. На заседании Московского общества хирургов по докладу С.Ф. Багненко и соавт. [3] была рассмотрена современная тактика лечения больных ОХ. Согласно принятым стандартам, при выявлении экстренных осложнений ОХ больным показано оперативное лечение по экстренным показаниям. В этом случае операцией выбора является лапароскопическая и малоинвазивная ХЭ, в случае наличия противопоказаний к ВЛХ должна выполняться холецистэктомия из лапаротомного доступа. Максимальным сроком для оценки эффективности проведения консервативной терапии принимается - 48-72 ч. В настоящее время, используется активно-выжидательная тактика регламентированная приказами и стандартами Департамента здравоохранения города Москвы. Согласно данной тактике всем пациентам ОХ с клинической картиной распространенного перитонита показана экстренная операция в ближайшие 3 часа после поступления в стационар после кратковременной предоперационной подготовки. При отсутствии перитонита больным назначается консервативная терапия. В случае купирования воспаления в течение первых суток больным показано оперативное лечение в плановом порядке (ХЭ) в данную госпитализацию [4, 9]. В случае отсутствия положительного эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 12-24 часов пациенты должны распределяться на несколько групп. Пациентам с отсутствием сопутствующей патологии, сроком заболевания не более 48 часов, с отсутствием признаков перипузырного инфильтрата, поражения внепеченочных желчных путей, показана срочная ХЭ. При наличии у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска, с выраженными инфильтративными изменениями в перипузырных тканях показано двухэтапное лечение: I этап - микрохолецистостомия; II этап - отсроченная ХЭ (в промежуток от 7 суток до 3 - 4 недель после наложения

микрохолецистостомы) [6, 7].

Пациентам с крайне высоким операционно-анестезиологическим риском показано наложение "широкой" (диаметром 1-2см) холецистостомы из малого (4-6 см) доступа под местной анестезией и удалением конкрементов с использованием эндоскопической техники [4]. Современные принципы лечения ОХ были сформулированы Д.Л. Пиковским (1996) [9, 17] в виде нескольких задач: 1) сохранить жизнь больного; 2) по возможности излечить больного радикально; 3) сохранить трудоспособность пациента. Эти задачи решаются или одномоментно, или этапными операциями. Традиционная холецистэктомия - наиболее эффективный метод лечения ОХ, поскольку она одновременно устраняет очаг воспаления, и при необходимости может устранить желчную гипертензию. Однако у больных старческого возраста, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания, радикальная операция связана с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Видеолапароскопическая холецистэктомия до сегодняшнего дня остается наиболее распространенным, разработанным, чаще всего выполняемым видеоэндоскопическим вмешательством [6, 11, 18]. Однако наложение пневмоперитонеума и эндотрахеальный наркоз (ЭТН), необходимые при выполнении лапароскопических вмешательств могут ухудшить состояние у больных с явлениями сердечно-сосудистой и легочной недостаточности, а также сами имеют много осложнений. Осложнения лапароскопических вмешательств разделяют на две группы: 1) связанные с введением различных газов в брюшную полость; 2) с повышением внутрибрюшного давления вне зависимости от вводимых соединений [13, 17].

В связи с выявлением вышеописанных осложнений с конца 80-х годов стали развиваться методы, отвечающие основным принципам малоинвазивной хирургии и исключающие наложение пневмоперитонеума. К таким методам относятся безгазовая лапароскопия и минилапаротомный доступ с элементами "открытой" лапароскопии. ХЭ из минилапаротомного доступа с использованием специальных инструментов типа "Мини-ассистент" [5, 7], отличается малой травматичностью обусловленной минилапаротомией, точной визуализацией и возможностью прямой пальпации элементов гепатодуоденальной связки [1, 12, 17, 18, 20]. Однако, как и предыдущие методы, этот способ требует анестезиологического пособия и при его использовании отсутствует возможность осмотра и ревизии брюшной полости.

Таким образом, учитывая наличие у больных ОХ высокого операционно-анестезиологического риска и тяжелых сопутствующих заболеваний, нередко приходится прибегать к двухэтапному хирургическому лечению. В качестве первого этапа лечения выполняются

минимальные по объему вмешательства, направленные на декомпрессию ЖП.

Список литературы / References

1. Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Шпитальна хірургія,– 2014. № 4. С. 39-44.
2. Давлатов С.С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy, 2017. № 7. С. 92-94.
3. Давлатов С.С., Аскарлов П.А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Молодой организатор здравоохранения: сб. науч. ст. студентов, 2013. С. 68.
4. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом // Журнал МедиАль, 2013. № 3 (8).
5. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации плазмы путем плазмафереза в лечении холемиического эндотоксикоза // Бюллетень Северного Государственного медицинского университета, 2013. Т. 1. С. 6-7.
6. Курбаниязов З.Б. и др. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириззи // Врач-аспирант, 2012. Т. 51. № 2.1. С. 135-138.
7. Курбаниязов З.Б. и др. Хирургический подход к лечению больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 2. С. 14-15.
8. Курбаниязов З.Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 4. С. 56-57.
9. Назыров Ф.Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) // Хирургия Узбекистана, 2011. № 4. С. 66-73.
10. Саидмурадов К.Б. и др. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 27-28.
11. Davlatov S.S. et al. Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 30-31.
12. Davlatov S.S. et al. A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis // Академический журнал западной Сибири, 2013. Т. 9. № 2. С. 19-20.

13. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 33-34.
14. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
15. *Kasimov S.Z. et al.* Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 3. С. 44-46.
16. *Kurbaniyazov Z. et al.* Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Medical and Health Science Journal, 2012. Т. 10. С. 41-47.
17. *Kurbaniyazov Z.B., Saidmuradov K.B., Rakhmanov K.E.* Результати хірургічного лікування хворих з посттравматичними рубцевими стриктурами магістральних жовчних протоків та білідігестивних анастомозів // Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2014. Т. 13. № 4.
18. *Mukhitdinovich S.A., Tashtemirovna R.D.* Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // Voprosi nauki i obrazovaniya, 2017. № 10 (11).
19. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
20. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer. Dordrecht, 2008. С. 249-252.
21. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.