

М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев, И.А. Павлов, А.П. Петров ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕН- НЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИ- ЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

УДК 616.366 – 002 : 616.36 – 008.5

Проведен анализ результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. В лечебной тактике предпочтение отдавали малоинвазивным методам хирургического лечения. Благодаря применению усовершенствованной лечебной тактики наблюдалось снижение количества послеоперационных осложнений и уровня послеоперационной летальности.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холецистэктомия.

Perspective analysis of the treatment results of patients of elderly and senile age with the acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis and obstructive jaundice has been done. Therapeutic approach was minimally invasive methods of surgical treatment. The decrease of postoperative complications and level of the postoperative lethality has been observed due to advanced therapeutic approach.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, mechanical jaundice, cholecystectomy.

Введение. В последние годы, несмотря на достигнутые успехи в лечении осложненных форм острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста, актуальность проблемы связана с высоким процентом осложнений и послеоперационной летальности [1, 2, 13]. Большинство больных пожилого и старческого возраста соматически отягощены различными сопутствующими заболеваниями и, как правило, в urgentной хирургии представляют группу больных с высоким операционным риском [4, 12]. В связи с этим разработка вопросов оптимальной тактики хирургического лечения для данной категории больных приобретает важное практическое значение [6, 7, 11].

Улучшение результатов оперативного пособия у больных пожилого и старческого возраста должно исходить из комплексного подхода к хирургической тактике лечения [3, 5]. Последняя должна определять срочность, последовательность, объем лечебно-диагностических мероприятий, а также выполнение эндоскопических и малоинвазивных методов операций с учетом тяжести состояния [8-10].

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения

больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 76 (100%) больных пожилого и старческого возраста (согласно критериям ВОЗ) с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, находившихся на лечении в хирургическом отделении Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска в период с 2004 по 2010 г. (табл. 1).

Подавляющее большинство составили женщины – 47 (61,1%), мужчин было 29 (38,9%). Сопутствующие за-

болевания выявлены у большинства пациентов пожилого и старческого возраста. Наиболее часто встречалась патология со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем.

Длительность механической желтухи у больных варьировала от 2 до 15 дней, причем с III и IV категорией тяжести состояния составили больные с длительностью механической желтухи от 7 до 14 суток и более.

По клиническим данным и результатам ультразвукового исследования выявлены морфологические формы острого холецистита: катаральная – 30 (39,4%), деструктивная – 46 (60,6%) (табл. 2).

ЭРХПГ выполнена у 35 (46%) больных пожилого и старческого возраста, среди которых у 13 (37,1%) пациентов

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и категориям тяжести

Возраст, лет	Всего больных, n (M±m%)	Категория тяжести состояния, n (M±m%)			
		I	II	III	IV
60-69	55(72,4±5,1)	12(92,3±7,3)	29(85,3±6,0)*	10(50,0±11,2)	4(44,4±16,5)
70-79	15(19,8±4,5)	-	1(2,9±2,8)	9(45,0±11,1)	5(55,6±16,5)
80 и старше	6(7,8±2,7)	1(7,7±2,7)	4(11,8±5,5)*	1(5,0±4,8)*	-
Всего	76(100,0)	13(100,0)	34(100,0)	20(100,0)	9(100,0)

* Различия статистически значимы по сравнению с I категорией тяжести (p<0,05).

Таблица 2

Распределение больных по морфологической форме воспаления желчного пузыря и категориям тяжести

Форма воспаления желчного пузыря	Всего больных, n (M±m%)	Категория тяжести состояния, n (M±m%)			
		I	II	III	IV
Катаральная	30(39,4±5,6)	9(69,2±12,8)	16(47,0±8,5)	3(15,0±7,9)	2(22,2±13,8)
Флегмонозно-гангренозная	46(60,6±5,6)	4(30,8±12,8)	18(53,0±8,5)	17(85±7,9)	7(77,8±13,8)
Итого	76(100,0)	13(100,0)	34(100,0)	20(100,0)	9(100,0)

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, mmv_mi@rambler.ru; **ГОГОЛЕВ Николай Михайлович** – к.м.н., доцент, зав. кафедрой ИПОВ СВФУ, gogolev@rambler.ru; **ПАВЛОВ Илья Андреевич** – к.м.н., гл. врач ЦУБ Мегино-Кангаласского улуса; **ПЕТРОВ Александр Петрович** – врач-хирург I хирургического отделения РБ№2-ЦЭМП, APPetrof73@rambler.ru.

Таблица 3

Усовершенствованная лечебная тактика

Форма острого холецистита	Диагностика	Категория тяжести	Лечебная тактика
Катаральная	Физикальное обследование УЗИ, ЭРХПГ	I II	Двухэтапная лечебная тактика 1. ЭПСТ + ЛЭ 2. ЛХЭ или ХЭМД в отсроченном порядке
		III	Предоперационная подготовка в ОРИТ в течение 12-24ч. 1. ЭПСТ + ЛЭ 2. При снижении категории тяжести ЛХЭ или ХЭМД в отсроченном порядке
		IV	Предоперационная подготовка в ОРИТ в течение 24-48ч. ЭПСТ + ЛЭ
Флегмонозно-гангренозная	Физикальное обследование УЗИ, ЭРХПГ	I II	Предоперационная подготовка в течение 6-12ч Одномоментная коррекция холецистохоледохолитиаза: ХЭМД + ХЛТ + дренирование холедоха
		III	Интенсивная терапия в ОРИТ в течение 12-24ч 1. Микрохолецистостомия 2. ЭПСТ + ЛЭ 3. ХЭМД + ХЛТ + дренирование холедоха при снижении категории тяжести
		IV	Интенсивная терапия в ОРИТ в течение 24-48ч 1. Микрохолецистостомия 2. ЭПСТ + ЛЭ

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ХЭМД – холецистэктомия из минидоступа, ХЛТ – холедохолитотомия, ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ЛЭ – литоэкстракция, УЗИ – ультразвуковое исследование.

отмечался множественный холедохолитиаз.

Лечебно-диагностическая тактика базировалась на усовершенствованной карте оценки тяжести состояния для больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой. Это позволило проводить оптимальный объем малоинвазивных хирургических вмешательств на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках (ЭРХПГ, ЭПСТ с литоэкстракцией, микрохолецистостомия под контролем УЗИ, ЛХЭ, холецистэктомия из мини-доступа) в зависимости от формы острого холецистита и категории тяжести состояния (табл. 3).

ЭРХПГ выполнена у 35 (46%) больных пожилого и старческого возраста, из которых у 13 (37,1%) пациентов выявлен множественный холедохолитиаз.

Результаты и обсуждение. Оперативные вмешательства при катаральной форме острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, у 30 больных пожилого и старческого возраста носили этапный характер. Переход на широкую лапаротомию из-за воспалительной инфильтрации тканей и техни-

ческих трудностей во время операции был сделан в 3 случаях. Послеоперационные осложнения имели место у 4 больных. Летальный исход случился у 1 больного с IV категорией тяжести в послеоперационном периоде из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности.

Больных с I категорией тяжести и деструктивной формой острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, среди пожилого и старческого возраста встречалось наименьшее количество – 4(8,6%). Преобладающее большинство составили пациенты со II, III, IV категорией тяжести – 42 (91,4%). У 22 больных с I и II категорией тяжести после 6–12-часовой предоперационной подготовки выполняли одномоментную коррекцию холецистохоледохолитиаза из минидоступа. В этой группе больных встречалось минимальное количество послеоперационных осложнений. Летальных исходов не наблюдалось. При III категории тяжести состояния 17 больным на фоне интенсивной терапии выполнена микрохолецистостомия под контролем УЗИ с целью снятия желчной гипертензии. После эндоскопической коррекции холедохолитиаза

через 24-48 часов проведена холецистэктомия из мини-доступа. Конверсия на широкую лапаротомию произошла в 2 случаях. Умер 1 больной от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

С IV категорией тяжести состояния составили 7 больных. Ввиду крайне тяжелого состояния данной группе больных выполнена микрохолецистостомия с последующей эндоскопической коррекцией холедохолитиаза. После данной тактики лечения летальные исходы наблюдались в 4 случаях.

Переходя к анализу послеоперационных осложнений и летальности, необходимо отметить, что они были спрогнозированы. Из 76 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, послеоперационные осложнения развились у 11 (14,4%) больных: нагноение послеоперационной раны у 1 больного; гематома ложа желчного пузыря у 1 больного; гипостатическая пневмония у 2 больных; острая сердечно-сосудистая недостаточность у 3 больных; печеночно-почечная недостаточность у 3; острый панкреатит, отечная форма у 1 больного. 6 (7,8%) больных умерли от выраженного эндотоксикоза на фоне воспалительной интоксикации и холемии, приведшего к сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

Заключение. Таким образом, больные пожилого и старческого возраста составляют особую группу, требуя особого диагностического и лечебного подхода. Целесообразнее выполнение этапной тактики лечения с применением малоинвазивных хирургических вмешательств. При деструктивной форме острого холецистита у пациентов с IV категорией тяжести на первом этапе необходимо выполнение микрохолецистостомии под УЗИ-контролем. С помощью микрохолецистостомии создаются условия для снятия не только желчной гипертензии в желчном пузыре, но и холестаза через пузырный проток.

Литература

1. Быстров С.А. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском / С.А. Быстров, Б.Н. Жуков, В.О. Бизярин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №7. – С. 55.

Bystrov S.A. Minimally invasive operations in treatment of cholelithiasis in patients with high operational risk / S.A.Bystrov, B.N.Zhukov,

V.O.Bizyarin // Surgery. Magazine of N.I.Pirogova. 2010. - №7. - Р. 55.

2. Варанов Г.А. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г.А. Варанов, Е.А. Решетников, Б.В. Харламов // Хирургия. - 2008. - № 6. - С. 27—30.

Varanov. G.A. Minimally invasive methods of cholecystectomy in patients of senior age-groups with acute cholecystitis / G.A.Varanov, E.A.Reshetnikov, B.V.Kharlamov // Surgery. - 2008. № 6. - P. 27 - 30.

3. Винокуров М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров. - Новосибирск: Наука, 2002. - 67с.

Vinokurov M.M. Acute cholecystitis: methods of results improvement of surgical treatment / M.M.Vinokurov // Novosibirsk: Science. - 2002. - 67 p.

4. Жуков Б.Н. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчнокаменной болезни у пожилых / Б.Н. Жуков, С.А. Быстров, В.О. Бизярин // Самарский медицинский журнал. -2008. - № 11.-С. 28

Zhukov B.N. Minilaparotomy access to surgical treatment of cholelithiasis in elderly people / B.N.Zhukov, S.A.Bystrov, V.O.Bizyarin // Samara medical magazine. - 2008. № 11. - P. 28.

5. Павлов И.А. Оптимизация лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дисс. кан. мед. наук:14.00.27 / И.А. Павлов. - Якутск, 2002. - 23 с.

Pavlov I.A. Optimisation of medical tactics of acute cholecystitis in patients of elderly and senile age: abstract of thesis: 14.00.27 / I.A.Pavlov - Yakutsk. - 2002. - 23 p.

6. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у пациентов пожилого и старческого возраста / Н.В. Ташкинов, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. - 2009. - № 1. - С. 44—46.

Methods of optimisation of treatment of acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis in patients of elderly and senile age / N.V. Tashkinov, E.V. Nikolaev, N.I. Boyarintsev [et al.] // Far East medical magazine. - 2009. - № 1. - P. 44 - 46.

7. Результаты использования эндовидеохирургических технологий в лечении механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста / А. Н. Бухарин, А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков [и др.] // 14-й московский международный конгресс по эндоскопической хирургии / РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН; Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия» РАМН. - М., 2010. -С.51-52.

Buharin A.N. Results of endovideosurgical technologies use in treatment of obstructive jaundice in patients of elderly and senile age / A.N. Buharin, A.D. Timoshin, A.L. Shestakov [et al.]// 14th Moscow international congress on endoscopic surgery. RSCS by B.V. Petrovsky Russian Academy of Medical Sciences Problem commission «Endoscopic surgery» RAMS. M. - 2010. - P. 51 - 52.

8. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском / С.П. Боровский, М.Ш. Хакимов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. -2009. -Т.15, №1. -С.53-56

Percutaneous transhepatic cholecystostomy in treatment of acute cholecystitis in patients with high operational risk / S.P. Borovsky, M.Sh.

Khakimov [et al.] // Surgical hepatology annals. - 2009. - V.15. - № 1. - P. 53 - 56 .

9. Эндоскопическое лечение механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста / Б.К. Алтыев, Ф.Б. Алиджанов, А.М. Хожибаев [и др.] // 14-й московский международный конгресс по эндоскопической хирургии / РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН; Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия» РАМН. - М., 2010. - С.8 — 9

Endoscopic treatment of obstructive jaundice in patients of elderly and senile age / B.K. Altayev, F.B. Alidzganov, A.M. Hozgibaev [et al.] // 14th Moscow international congress on endoscopic surgery. RSCS by B.V. Petrovsky Russian Academy of Medical Sciences Problem commission «Endoscopic surgery» RAMS. M. - 2010. - P. 8 - 9.

10. Chang W.H. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in elderly patients / W.H. Chang, W.Y. Lei // Int J Gerontol. 2007;1:83—88

11. Kwon A.H. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over. / A.H. Kwon, Y. Matsui // World J Surg. 2006; 30

12. Laparoscopic cholecystectomy with carbon dioxide pneumoperitoneum is safe even for high-risk patients. / A.M. Koivusalo, P. Pere, M.Valjus [et al.] // Surg Endosc. 2008;22(1): 61—67

13. Vinokurov M.M. The choice of surgical treatment in the case of acute cholecystitis in elderly and geriatric patient / M.M. Vinokurov, I.A. Pavlov, N.M. Gogolev, A.P. Petrov // "JRME NIIGATA'04".The Eleventh Symposium of the Japan-Russian Medical Exchange. - Niigata, Japan. -2004.8.10 (Tue) / 8.11 (Wed). - Abstract (II).- P.318.

А.Г. Егорова

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ И ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПОЛВЕКА, ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ

УДК 314.42 (571. 56)

Проведен анализ показателей смертности населения Якутии за период с 1960 по 2010 гг. На динамику показателей смертности влияют изменения численности и возрастной структуры населения, обусловленные миграционными процессами, а также кризисные явления социально-экономических условий жизни. За указанный период произошло изменение ранговой структуры смертности. Прогноз коэффициента смертности населения РС (Я) зависит от темпа экономического развития и уровня благосостояния российских граждан.

Ключевые слова: смертность населения, динамика, тенденция, причины смерти, численность населения, прогноз.

We analyzed the mortality of the population of Yakutia for the period from 1960 up to 2010. Change in mortality rate is affected by changes in the quantity and age structure of population, conditioned by migration processes, and also socio-economical living condition. During this period there was a change in the rank structure of mortality. Forecast of population mortality rate of Yakutia depends on the pace of economic development and well-being of Russian citizens.

Keywords: mortality rate of population, dynamics, trend, cause of death, population, forecast.

Показатель смертности населения является одним из главных объективных критериев оценки здоровья и состояния медицинской помощи в регионе. Рассмотрение показателей общей смертности населения в динамике и выяснение ее причин дает возможность оценить состояние и перспекти-

вы развития демографической ситуации на данной территории.

В динамике смертности населения Якутии можно выделить несколько периодов (рис. 1).

Первый — это период снижения смертности населения с отдельными и кратковременными повышениями. Он длился в Якутии с 1960 до 1980 г. До 1970 г. показатель смертности республики превосходил аналогичный показатель в среднем по СССР, что впол-

не объясняется низкими стандартами жизни на Севере, неудовлетворительным уровнем медицинского обслуживания. С начала 1970-х гг. положение изменилось — смертность в республике стала гораздо ниже среднесоюзных показателей, и причиной этого стали особенности возрастной структуры населения Якутии. На этом этапе в связи с усиленным промышленным освоением территории Севера наблюдался постоянный рост численности