

Moscow: Meditsina. 1987; 285 p. (In Russ.)]

2. Кремлева О.В. Проблемы нонкомплайентности в соматической клинике, тактика преодоления. *Мед. психол. в России: электрон. науч. ж.* 2013; (4): 21. http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (дата обращения: 29.06.2015). [Kremleva O.V. Problems of noncompliance in somatic clinic, tactic to overcome. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2013; (4): 21. http://mprj.ru/archiv_global/2013_4_21/nomer/nomer11.php (access date: June 29, 2015). (In Russ.)]

3. Положий Б.С., Чуркин А.А. *Этнокультуральные особенности распространённости, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств*. М.: ГНЦССП. 2001; 25 с. [Polozhiy B.S., Churkin A.A. *Einokul'tural'nye osobennosti rasprostranennosti, formirovaniya, kliniki i profilaktiki osnovnykh form psikhicheskikh rasstroystv*. (Ethnocultural features of prevalence, formation, clinical picture and prevention of the mental disorders main forms.) Moscow: GNTSSSP. 2001; 25 p. (In Russ.)]

4. Тихонов С.В. Предикторы низкой приверженности лечению у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2013; 20 (3): 79–81. [Tikhonov S.V. Predictors of low compliance with treatment in the patients with gastro-esophageal reflux disease. *Uchenye zapiski SPbGMU imeni akademika I.P. Pavlova*. 2013; 20 (3): 79–81. (In Russ.)]

5. Douglas A., Drossman D.A., Dumitrascu F. et al. Rome III: New standard for functional gastrointestinal

disorders. *J. Gastrointestin. Liver Dis.* 2006; 15 (3) 307–312.

6. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med. Care*. 1986; 2: 67–73.

7. Okuno J. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2001; 57 (8): 589–594.

8. Pang S.K., Ip W.Y., Chang A.M. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *J. Adv. Nurs.* 2001; 35 (5): 691–698.

9. Port K., Palm K., Viigimaa M. Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. *J. Telemed. Telecare*. 2003; 9 (1): 65–66.

10. Servellen G., Chang B., Garcia L. et al. Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virus infected men and women. *AIDS Patient Care STDS*. 2002; 16: 269–281.

11. Stille C.S., Sereika S., Muldoon M.F. et al. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann. Behav. Med.* 2004; 27 (2): 117–124.

12. Vakil N., van Zanten S.V., Kahrlas P. et al. Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101: 1900–1920.

13. Vermeire E., Hearnshaw H., Van Royen P. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J. Clin. Pharm. Therap.* 2001; 26: 331–342.

УДК 616.366-003.7.053.9-089: 616.366-031.63-002.3: 616.381-089.85

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рахат Арзыбекович Оморов¹, Арсен Сапарбекович Токтосунов^{2*},
Бакыт Артисбекович Авазов^{1,2}

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Поступила 18.12.2015, принята к печати 06.01.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-37

Цель. Оценить эффективность мини-лапаротомного доступа и программированного лечения осложнений при холецистэктомии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Методы. Под наблюдением находились 160 больных (113 женщин и 47 мужчин), прооперированных в период с 2010 по 2012 гг. в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 (г. Бишкек). Средний возраст больных составил 68,4±3,5 года. Всем больным холецистэктомия и билиодигестивные анастомозы выполнены из мини-доступа. В обследовании, помимо клинико-лабораторных методов диагностики, использовали ультразвуковое исследование с определением проекции жёлчного пузыря на переднюю брюшную стенку для выбора места оперативного доступа.

Результаты. Представлены результаты операций у 160 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, которым была выполнена холецистэктомия при мини-лапаротомии. У 12 (7,5%) больных после холецистэктомии произведена холедохотомия (или холедоходуodenостомия) с удалением конкрементов из холедоха; у 10 из них осуществлено наружное дренирование холедоха по Керу или А.В. Вишневному, а в 2 случаях наложен холедоходуоденоанастомоз по Юраш-Виноградову. Осложнения зарегистрированы у 9 (5,6%) больных. 1 пациент скончался в результате развившейся на 5-е сутки после операции тромбозмболии лёгочной артерии. Частота конверсии составила 5% (8 больных). Лечение осложнений осуществляли по разработанному и внедрённому в клинику алгоритму (региональная лимфостимуляция, дыхательная гимнастика, инфракрасное лазерное облучение). Среднее пребывание больных без осложнений в стационаре составило 7,8±0,87 койко-дня, а больных с осложнениями – 9,4±0,14 койко-дня.

Вывод. Наши наблюдения показали возможность выполнения операции при остром холецистите у пациентов пожилого и старческого возраста из мини-лапаротомного доступа при условии учёта общего состояния больных, соблюдения техники операции и активного ведения послеоперационного периода.

Ключевые слова: острый холецистит, мини-лапаротомия, послеоперационные осложнения, пожилой возраст.

MINILAPAROTOMY CHOLECYSTECTOMY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

R.A. Omorov¹, A.S. Toktosunov², B.A. Avasov^{1,2}

¹I.K. Akhumbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan;

²Municipal Clinical Hospital №1, Bishkek, Kyrgyzstan

Aim. To evaluate the efficacy of minilaparotomy access and programmed treatment of cholecystectomy complications in elderly and senile patients.

Methods. 160 patients (113 women and 47 men), who underwent surgery in the period from 2010 to 2012 in the departments of surgery at the Municipal clinical hospital №1 (Bishkek), were followed-up. Patients mean age was 68.4±3.5 years. Cholecystectomy and biliodigestive anastomoses were performed using mini-access in all patients. In addition to clinical and laboratory diagnostic methods, ultrasound examination with gallbladder projection detection on the anterior abdominal wall to select surgical approach was used.

Results. The surgery results of 160 elderly and senile patients with acute cholecystitis who underwent minilaparotomy cholecystectomy are presented. In 12 (7.5%) patients after cholecystectomy, choledochotomy (or choledochoduodenostomy) was performed to remove stones from the common bile duct; external drainage of the common bile duct by Ker or A.V. Vishnevskiy was performed on 10 of them, and in 2 cases choledochoduodenoanastomosis by Yurash-Vinogradov was imposed. Complications were registered in 9 (5.6%) patients. 1 patient died as a result of pulmonary embolism developed on the 5th day after the surgery. Conversion rate was 5% (8 patients). Treatment of complications was performed by developed and implemented in the clinic algorithm (regional lymphostimulation, breathing exercises, infrared laser irradiation). The average hospital stay of patients without complications was 7.8±0.87 bed-days, and patients with complications — 9.4±0.14 bed-days.

Conclusion. Our observations showed the possibility to perform surgery for acute cholecystitis in elderly and senile patients by the minilaparotomy access in case of taking into account patients general condition, following the surgical technique and the active management of the postoperative period.

Keywords: acute cholecystitis, minilaparotomy, postoperative complications, elderly age.

Одна из первостепенных проблем в хирургии — диагностика и лечение острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста [1, 2, 5]. Это обусловлено тем, что неуклонно растёт как число пациентов с желчнокаменной болезнью, так и количество больных, поступающих с осложнёнными формами. Сложность лечения больных пожилого и старческого возраста заключается в том, что у большинства из них развиваются деструктивные формы холецистита и почти у всех отмечаются сопутствующие заболевания, повышающие риск при операции [2, 7].

Несмотря на совершенствование техники операции, использование противовоспалительных и дезинтоксикационных средств в послеоперационном периоде, частота осложнений достигает 40–50%, а летальность — 4–6% [1, 2, 5].

В последние годы в лечении больных холециститом стали использовать лапароскопическую холецистэктомию, и наряду с этим методом многие исследователи рекомендуют использовать мини-лапаротомию, полагая, что она по эффективности не уступает лапароскопическому вмешательству [6, 7]. Считают, что при мини-доступе можно свободно выполнить все этапы операции, включая обследование жёлчных путей, вплоть до интраоперационной холангиографии и наложения билиодигестивных анастомозов [4, 5]. Однако до сих пор нет единого мнения об эффективности данного подхода. До настоящего времени не конкретизированы показания к мини-лапаротомии при остром холецистите у больных

пожилого и старческого возраста.

Цель исследования — оценить эффективность мини-лапаротомного доступа и программированного лечения осложнений при холецистэктомии у пациентов пожилого и старческого возраста.

Проанализированы результаты оперативного лечения острого холецистита у 160 больных, прооперированных в период с 2010 по 2012 гг. в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 (г. Бишкек). Женщин было 113 (70,6%), мужчин — 47 (29,3%); 118 (73,8%) больных — в возрасте от 60 до 75 лет, 42 (26,3%) человека — в возрасте от 75 до 90 лет. Давность приступа холецистита колебалась от 6 ч до 4 сут, но чаще поступали больные с продолжительностью приступа более 2 сут. Дома все они принимали болеутоляющие и спазмолитические средства, были направлены на оперативное лечение лишь после ухудшения состояния. У всех 160 больных операция осуществлялась из мини-лапаротомного доступа, который служит основным методом лечения желчнокаменной болезни в нашей клинике с 2001 г.

При поступлении все больные жаловались на боли в правом подреберье, 15 (9,3%) человек — на сухость во рту и тошноту, 103 (64,4%) отмечали многократную рвоту и резкую слабость, у 82 (55,5%) пациентов отмечено повышение температуры тела до 38,5–39 °С, у 22 (13,8%) — озноб. Желтушность склер и кожных покровов выявлена при осмотре у 15 (9,4%) больных.

Всем пациентам проводили общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокар-

Таблица 1

Виды оперативного вмешательства и количество послеоперационных осложнений при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста

Типы операций	Всего больных		Количество послеоперационных осложнений					
	Абс.	%	Пневмония	Подпечёночный абсцесс	ТЭЛА	ОИМ	Нагноение раны	Всего осложнений
Холецистэктомия	148	92,5	1	1	1	3	1	7
Холецистэктомия, холедохотомия и наружное дренирование по А.В. Вишневскому	4	2,5	1	-	-	-	-	1
Холецистэктомия, холедохотомия и наружное дренирование по Керу	6	3,8	-	-	-	1	-	1
Холецистэктомия + холедоходуоденостомия по Юраш-Виноградову	2	1,2	-	-	-	-	-	-
Итого	160	100	2	1	1	4	1	9 (5,6%)

Примечание: ТЭЛА – тромбозомболия лёгочной артерии; ОИМ – острый инфаркт миокарда.

диографию, биохимическое исследование с определением содержания билирубина, тимоловой пробы, печёночных аминотрансфераз, мочевины, креатинина.

При поступлении всем пациентам проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором определяли расположение жёлчного пузыря и на коже живота наносили его контуры, чтобы установить локацию мини-доступа (в правом подреберье или по средней линии живота). Обращали также внимание на размеры печени, её структуру, состояние жёлчных путей, величину жёлчного пузыря, его стенок, характер содержимого.

Хронические сопутствующие заболевания были выявлены у 146 (91,3%) больных. Наиболее часто наблюдались гипертоническая болезнь (64 человека), ишемическая болезнь сердца (23 пациента), хронический пиелонефрит (6 больных), хронический бронхит (18 человек), варикозное расширение вен нижних конечностей (12 пациентов).

Противопоказанием для использования мини-доступа считали случаи острого холецистита, осложнённого разлитым перитонитом, и подозрение на синдром Мириizzi.

На основании выполненных исследований окклюзионный холецистит (вклинившийся конкремент в пузырном протоке) обнаружен у 28 больных. У остальных пациентов выявлены деструктивные формы холецистита, из них у 12 – с перивезикулярным инфильтратом, у 8 – с наличием выпота (перивезикулярного абсцесса).

Показаниями для выполнения неотложного оперативного вмешательства мы считали следующие:

- случаи окклюзионного холецистита;
- деструктивные формы острого холецистита без закупорки холедоха;
- осложнённые формы холецистита (перивезикальный абсцесс, холангиогенные абсцессы, перитонит).

Во всех этих случаях хирургическое вмешательство выполняли незамедлительно (в первые 2 ч после поступления), поскольку мы считаем, что любое затягивание времени операции в таких случаях приводит к ухудшению общего состояния, обострению сопутствующих и конкурирующих заболеваний, развитию специфических и неспецифических осложнений.

Все операции стремились выполнить в первые 12 ч с момента поступления больных в стационар, но обязательно с предоперационной подготовкой, продолжительность ко-

торой зависела от состояний больного и степени тяжести сопутствующих заболеваний.

Предоперационная подготовка включала инфузионную, дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию, при необходимости гипотензивные, сердечно-сосудистые и другие средства.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Операции выполняли из мини-лапаротомного доступа в правом подреберье длиной 5–6 см с использованием специальных ранорасширителей и осветительной системы, которые обеспечивали выполнение всех этапов операции под визуальным контролем.

У большинства больных (144 человека, 90%) холецистэктомия удалось выполнить «от шейки», и лишь у 16 (10%) — «от дна». У 8 больных, у которых до операции при ультразвуковом исследовании были обнаружены инфильтрация вокруг жёлчного пузыря или наличие выпота, возникла необходимость в расширении операционной раны, и только затем была выполнена холецистэктомия. Типы операции представлены в табл. 1.

Ведение послеоперационного периода выполняли с учётом степени тяжести эндотоксикоза. Для её оценки использовали модифицированные нами критерии, разработанные в клинике Д.С. Рафибековым и соавт. (2000) и Р.А. Оморovým и соавт. (2001).

Как видно из табл. 1, 7,5% больных после холецистэктомии было произведено вскрытие холедоха, что позволило удалить из него конкременты. Части больных осуществлено наружное дренирование холедоха по Керу или А.В. Вишневскому, а 2 больным наложен холедоходуоденоанастомоз по Юраш-Виноградову, так как в этих случаях после удаления мелких и замазкообразных конкрементов не было уверенности в полном разрешении непроходимости холедоха. Все эти этапы удалось выполнить из мини-лапаротомного доступа.

Подпечёночное пространство было дренировано. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у 58 (36,3%) больных мы использовали региональную лимфостимуляцию, разработанную С.У. Джумабаевым и Э.С. Джумабаевым [3].

Доказано, что при эндотоксемии в лимфатической системе скапливается значительное количество токсических продуктов, и лимфатическая система сама может стать источником генерализованной инфекции и эндотоксикоза. Соответственно региональ-

ная лимфостимуляция, направленная на улучшение дренажной функции лимфатической системы, будет способствовать уменьшению явлений эндотоксикоза [3].

Смесь вводили в круглую связку печени через микроиригатор 2 раза в день. В состав лимфотропной смеси входят гепарин в дозе 70 ЕД/кг массы тела — для снижения тромбообразования, раствор прокаина (прокаина гидрохлорида) 0,5% — для анестезии, гиалуронидаза (лидаза) 12 ЕД — для улучшения дренажной функции лимфатической системы, тимоцин 1 мл — для стимуляции иммунной системы, антибиотик по выбору.

Региональную лимфостимуляцию мы проводили во всех случаях деструктивных форм острого калькулёзного холецистита, наличия гнойно-септических осложнений (таких, как перивезикальный абсцесс, холангиогенные абсцессы, прогрессирующий перитонит, сепсис) в связи с повышенным риском гнойно-септических осложнений у данных категорий больных. Региональная лимфостимуляция обязательно сочеталась с инфузионной терапией, целями которой были улучшение микроциркуляции, детоксикация, нормализация реологических свойств крови, профилактика и лечение полиорганной недостаточности.

В результате проводимого лечения состояние больных улучшалось, наблюдалась положительная динамика со стороны функционального состояния печени и почек. К моменту выписки нормализовались уровень билирубина, тимоловая проба, и лишь активность аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы и концентрация общего белка отличались от нормы, но и здесь были отмечены положительные сдвиги в сравнении с исходным уровнем.

В момент операции осложнений не было. В послеоперационном периоде особое внимание, учитывая возраст больных и тяжесть состояния, уделяли ранней активизации больных и профилактике осложнений.

Сразу после выхода из наркоза проводили дыхательную гимнастику, повороты туловища. Через сутки больным рекомендовали вставать. Тем не менее, послеоперационных осложнений избежать не удалось, в том числе у 1 пациента на 5-е сутки после операции развилась тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии, которая стала причиной его смерти.

После операции многократно выполняли ультразвуковое исследование для оценки состояния ложа жёлчного пузыря и подпе-

чѐночного пространства. У 1 больного на 5-е сутки после операции было обнаружено скопление жидкости в подпечѐночном пространстве. Под контролем ультразвукового исследования произведена пункция, получена гнойная жидкость, подпечѐночное пространство дренировано по Сельдингеру, наступило выздоровление.

При выявлении пневмонии назначали традиционное лечение, при возникновении инфильтрата в области раны больные получали лазерное облучение (4–5 сеансов аппаратом «Матрикс» с частотой излучения 150 Гц, длиной волны 0,83 мкм, экспозицией 10 мин), а при нагноении раны осуществляли местное лечение с применением, в том числе, озонированных растворов, озонированного масла.

Среднее пребывание больных в стационаре у пациентов без осложнений составило $7,8 \pm 0,87$ койко-дня, у больных с осложнениями — $9,4 \pm 0,14$ койко-дня.

ВЫВОДЫ

1. Наши наблюдения показали возможность выполнения операции при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста из мини-лапаротомного доступа с учётом общего состояния больных, соблюдением техники операции и активного ведения послеоперационного периода.

2. При выявлении широкой зоны инфильтрации в области жѐлчного пузыря и наличии перивезикулярного абсцесса операцию из мини-лапаротомного доступа выполнить затруднительно, в таких случаях целесообразно использовать более широкий доступ.

3. Послеоперационные осложнения возникли у 5,6% больных, показатель леталь-

ности — 0,6%. Частота послеоперационных осложнений и летальных исходов в нашей группе не превышала показатели, полученные при использовании лапароскопических методов холецистэктомии у пожилых [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит. *Клин. перспективы гастроэнтерол, гепатол.* 2005; (1): 16–23. [Vetshev P.S. Cholelithiasis and cholecystitis. *Klinicheskie perspektivy gastroenterologii, gepatologii.* 2005; (1): 16–23. (In Russ.)]

2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. *Желчнокаменная болезнь.* М.: ВИДАР. 2000; 140 с. [Dadvani S.A., Vetshev P.S., Shulutko A.M. *Zhelchnokamennaya bolezni.* (Cholelithiasis.) Moscow: VIDAR. 2000; 140 p. (In Russ.)]

3. Джумабаев С.У., Джумабаев Э.С. *Способ региональной стимуляции оперированного желудка.* Патент на изобретение №1805955. Бюлл. №12 от 30.03.1993. [Dzhumabaev S.U., Dzhumabaev E.S. *A method of operated stomach regional stimulation.* Patent for invention №1805955. Bulletin №12, issued at 30.03.1993. (In Russ.)]

4. Курбанов Ф.С., Аббасова С.Ф., Алиев Ю.Г. Холецистэктомия из лапароскопического доступа у больных старшего возраста. *Хирургия.* 2012; (9): 38–41. [Kurbanov F.S., Abbasova S.F., Aliev Yu.G. The laparoscopic cholecystectomy in elderly patients. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2012; (9): 38–41. (In Russ.)]

5. Прудков М.И. Мини-лапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных с желчнокаменной болезнью. *Хирургия.* 1997; (3): 43–45. [Prudkov M.I. Mini-laparotomy and «open» laparoscopic surgery in the treatment of patients with cholelithiasis. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 1997; (3): 43–45. (In Russ.)]

6. Шалимов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И. Альтернатива в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. В: *Современные технологии в абдоминальной хирургии.* М.: РНЦХ РАМН. 2001; 74–75. [Shalimov A.A., Korchak V.M., Dronov A.I. Alternativa v khirurgicheskom lechenii zhelchnokamennoy bolezni. V: *Sovremennye tekhnologii v abdominal'noy khirurgii.* (The alternative in the surgical treatment of gallstone disease. Modern technologies in abdominal surgery.) Moscow: RNTsKh RAMN. 2001; 74–75. (In Russ.)]

7. Daon R. Cholecystectomy using a minilaparotomy. *Am. Chir.* 1998; 52 (7): 625–628.

616.233-002.2-076: 612.112.91-535.379: 616-092.19.2

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИКАЦИИ ГОМЕОСТАТИЧЕСКИХ РЕЗЕРВОВ ПРИ БРОНХИТАХ У ДЕТЕЙ

Ольга Ивановна Пикуза, Хаким Муратович Вахитов*, Елена Владимировна Генералова

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Статья поступила 09.06.2015; принята в печать 07.07.2015.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-41

Цель. Изучение индикаторов гомеостатических резервов детей с бронхитами путѐм оценки показателей колонизационной резистентности и процессов окислительного стресса в полости рта.

Методы. Проведено клиничко-инструментальное обследование 115 детей в возрасте от 5 до 14 лет, госпитализированных в стационар с различными вариантами бронхита. Пациенты (основная группа) были разделены на две подгруппы в соответствии с диагнозом: в первую подгруппу были включены 70 детей с рецидивирующим бронхитом, вторую подгруппу составили 45 детей с острым бронхитом. В группу контроля вошли 33 условно здоровых