

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
Свердловский государственный
ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт

На правах рукописи

ВОРОСЦОВА
Ольга Владимировна

**ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.00.27 — Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Свердловск — 1982 г.

Диссертация выполнена на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета Свердловского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института.

Научный руководитель:

Заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор В. Н. КЛИМОВ.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Н. С. МАКОХА.

Доктор медицинских наук, профессор И. Д. ПРУДКОВ.

Ведущее учреждение:

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. В последние годы проблема лечения острого холецистита стала поистине проблемой хирургической гастроэнтерологии (А.Т.Лидский, Л.М.Мейерович, 1972; М.М.Ковалев и соавт., 1975; В.А.Петров и соавт., 1975; С.А.Кац и соавт., 1977; К.И.Мышкис и соавт., 1979; С.С.Сорокин, А.С.Сорокин, 1979; Ю.Г.Шапошников и соавт., 1981; *Schoder*, 1970; *Bussman et al.*, 1973).

В связи с этим возникает ряд качественно новых вопросов, вызывающих принципиальные разногласия среди хирургов.

Даже такие аспекты этой проблемы, как клиника и диагностика, до сих пор далеки от окончательного разрешения. Отсутствуют и достоверные клинико-лабораторные признаки, позволяющие установить деструктивные изменения в желчном пузыре и своевременно определить показания к операции. Имеющиеся данные по характеру патоморфологических изменений в желчном пузыре и печени при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста нередко носят противоречивый характер.

Наиболее дискуссионными остаются вопросы тактики хирургического лечения острого холецистита у пожилых и старых больных и, прежде всего, определение оптимальных сроков операции. Целесообразность оперативных вмешательств на высоте приступа холецистита признается далеко не всеми хирургами. Однако и так называемая выжидательная тактика по отношению к анализируемому контингенту больных не лишена целого ряда недостатков, нередко более существенных, чем риск экстренных операций, в связи с чем разумность подобной тактики весьма сомнительна.

Вопросы объема оперативного вмешательства при остром холецистите у больных старше 60 лет не вызывают существенных разногласий, большинство хирургов является сторонниками радикальной

операции, хотя особенности хирургической коррекции при осложненных формах холецистита еще недостаточно освещены как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

Предоперационная подготовка и послеоперационный период, анестезиологическое обеспечение операций с учетом возраста больных в немалой степени определяют исход оперативного вмешательства в гериатрической хирургии, их совершенствование и дальнейшее развитие является одной из актуальных задач современной хирургии и анестезиологии.

В проблеме лечения острого холецистита важное место занимает прогнозирование послеоперационных исходов. Вопросам клинического прогнозирования в различных областях медицины посвящены работы Л.А.Уэльского (1974), А.А.Вишневого и соавт. (1975), Ю.Т.Цуканова (1975), Ж.Г.Дорошенко и соавт. (1976), В.В.Гублера (1978), Г.И.Демидова (1980), Г.Л.Ратнера и соавт. (1980). Однако прогнозирование до операции ее исхода при остром холецистите не нашло желаемого отражения в доступной нам научной литературе.

Пожалуй, главным фактором, определяющим неослабеваемый интерес к этой проблеме, является послеоперационная летальность, которая, несмотря на достигнутые успехи в желчной хирургии, все еще остается высокой и составляет 8,6-20,6% (Н.С.Макоха, В.И.Фокеев, 1971; Л.Д.Тараненко и соавт., 1976; Л.В.Авдей, В.И.Дружинин, 1977; Б.А.Мизаушев, 1979; Б.Т.Зайцев и соавт., 1981; В.Д.Кузнецов, Т.Ш.Магдиев, 1981; *Elsner, Wolff*, 1967; *Liese*, 1978).

Таким образом, вышесказанное позволяет сделать вывод, что многие вопросы клиники, тактики хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста носят полемический характер и требуют дальнейшего углубленного изучения.

Основной целью работы явилось изучение особенностей клиники,

диагностики, характера патоморфологических изменений в желчном пузыре и печени при остром холецистите у больных старше 60 лет, оптимизация хирургической тактики.

Задачи исследования:

1. Изучить патогистологические и гистохимические изменения в желчном пузыре и печени при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста, выявить возрастные изменения стенки желчного пузыря и, прежде всего, его сосудистого русла, провести сравнительный анализ результатов исследования от сроков операции.

2. Уточнить клинику и диагностику острого холецистита у пожилых и старых больных, обратив особое внимание на функциональные нарушения печени.

3. Оценить возможность прогнозирования послеоперационных исходов при остром холецистите у больных старше 60 лет с помощью ЭВМ.

4. Определить наиболее рациональную тактику хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста в свете изучения ближайших и отдаленных результатов.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА работы состоит в том, что на большом клиническом материале показаны особенности течения и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста, определена степень зависимости тяжести патогистологических, гистохимических изменений в печени и желчном пузыре, включая микроциркуляторное русло его, и сроков операции.

Доказана возможность достоверного прогнозирования послеоперационных исходов при остром холецистите у пожилых и старых больных на базе электронно-вычислительной техники.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ. На основании особенностей клинического течения заболевания, показателей функционального

состояния печени, характера патоморфологических изменений в желчном пузыре, печени и их зависимости от сроков операции разработаны показания к выбору лечебной тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста, определены особенности хирургической коррекции при осложненных формах холецистита.

РЕАЛИЗАЦИЯ РАБОТЫ. Предложенная тактика хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста применяется в клинике госпитальной хирургии лечебного факультета Свердловского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, в клинике хирургических болезней стоматологического факультета на базе Городской клинической больницы № 7. Основные положения работы опубликованы в медицинской печати.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ. Материалы диссертации положены и обсуждены на заседаниях областного научного общества хирургов (Свердловск, 1980, 1982 гг.), годичной научно-практической конференции хирургов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (Свердловск, 1977, 1979, 1980, 1982 гг.), совместной конференции кафедр госпитальной хирургии лечебного факультета, факультетской хирургии лечебного факультета, хирургических болезней стоматологического факультета Свердловского медицинского института и коллектива хирургов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (Свердловск, 1982).

ПУБЛИКАЦИИ. Основные положения диссертации изложены в 6 опубликованных работах.

ОБЪЕМ РАБОТЫ. Диссертация изложена на 150 страницах машинописного текста, состоит из оглавления, введения, пяти глав, заключения, выводов и библиографического указателя (329 отечест-

венных и 130 иностранных источников). Работа иллюстрирована 31 таблицей и 26 рисунками.

II. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Работа основана на материале госпитальной хирургической клиники Свердловского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института за период с 1975 по 1979 гг. За рассматриваемый период на лечении в клинике по поводу острого холецистита находилось 874 больных в возрасте 60 лет и старше, из них 394 (45,1%) оперированы. Лица пожилого возраста (60-74 года) составили 74,7%, старческого (75-89 лет) - 24,7%, долгожители (90 лет и старше) - 0,6%.

При анализе нашего материала установлено, что среди больных пожилого и старческого возраста с первым приступом холецистита поступило лишь 20,7%, остальные больные страдали заболеванием на протяжении нескольких лет. Таким образом, острый холецистит у анализируемого контингента больных, как правило, развивается на фоне хронического воспаления желчного пузыря.

Течение острого холецистита в группе больных старше 60 лет усугубляется возрастными изменениями жизненно важных органов и систем, сопутствующими заболеваниями и носит, как правило, осложненный характер. По нашим данным, сопутствующие заболевания выявлены у 811 (92,8%) больных пожилого и старческого возраста. Среди них основной удельный вес занимают сердечно-сосудистые заболевания (72,9%) и заболевания легких (22,7%). Эти группы сопутствующих заболеваний заслуживают особого внимания у оперированных больных, так как после операции нередко отмечается их прогрессирование. В связи с этим ответственным моментом как в процессе подготовки к операции и проведении обезболивания, так и в послеоперационном периоде является своевременное выявление

и адекватная коррекция нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Осложненные формы холецистита имели место у 676 (77,3%) больных старше 60 лет. Большая частота таких осложнений, как деструктивные поражения желчного пузыря (83,2%), перитонит (27,2%), околопузырный инфильтрат, абсцесс (24,6%), панкреатит (37,8%), обнаруженные во время операции, является убедительным свидетельством, подтверждающим тяжесть течения заболевания у разбираемого контингента больных.

Быстрое развитие патологических изменений в желчном пузыре с тенденцией к экстрапузырному распространению у пожилых и старых больных обусловлено склеротическими и атрофическими процессами во всех слоях его стенки и, что самое главное, выраженностью атеросклеротических изменений артерий, на фоне которых нередко развивается их тромбоз.

Изучение патогистологических изменений в желчном пузыре было произведено у 78 больных, оперированных по поводу острого холецистита, из них 63 – в возрасте старше 60 лет, 15 – моложе 60 лет. Для микроскопического исследования вырезали продольный участок стенки желчного пузыря через всю длину органа и делили его на 3 части (дно, тело, шейка). Из 15 желчных пузырей были приготовлены гистотопографические срезы. Кусочки желчного пузыря фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Изучение общей морфологии проводилось на срезах, окрашенных гематоксилин-эозином, эластические волокна красили по Вейгерту, соединительнотканые волокна – по ван Гизону. Кислые гликозаминогликаны выявляли толуидиновым синим, нейтральные гликозаминогликаны – ШИК-реакцией. С целью выявления тромбов сосудов желчного пузыря выполнено 697 серийных срезов с окраской по Шуенинову. Микроциркуляторное русло серозной оболочки желчного пузыря исследова-

но у 30 больных. Для этого участок стенки желчного пузыря фиксировали в 12% растворе формалина, затем в течение нескольких суток промывали в проточной воде и с помощью лупы расслаивали серозную оболочку на тончайшие слои. Импрегнацию серебром осуществляли по методу Куприянова.

Гистологическое и гистохимическое исследование печени было выполнено у 34 больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита. Краевая биопсия печени проводилась по общепринятой методике, кусочки печени фиксировали в жидкости Карнуа, а затем окрашивали: для выявления гистологических изменений — гематоксилин-эозином и по ван-Гизону, на жир — суданом Ш, РНК выявляли методом Браше, гликоген — методом Шабдаша. Для более объективного определения РНК и гликогена в гепатоцитах высчитывали средний гистохимический коэффициент (СГК) по формуле $\frac{3a + 2b + 1c + 0d}{100}$, где буквы "a", "b", "c", "d" означают количество клеток с определенной интенсивностью реакции в процентах, цифры "3", "2", "1", "0" — степень интенсивности окрашивания, число 100 в знаменателе формулы соответствует общему количеству подсчитанных клеток.

В общей сложности выполнено гистологическое и гистохимическое исследование 2830 препаратов желчного пузыря и печени.

Сравнительный анализ морфологических изменений в желчном пузыре при остром холецистите свидетельствует о том, что у больных в возрасте старше 60 лет склеротический и атрофический процессы во всех слоях его стенки выражены гораздо сильнее, чем у больных моложе 60 лет. Изучение патоморфологических изменений в сосудах желчного пузыря, включая микроциркуляторное русло его, показало, что склеротические изменения артерий у больных пожилого и старческого возраста несравненно значительнее по сравне-

нию с более молодой возрастной группой. Тромбы в артериях желчного пузыря обнаружены у 19 из 63 больных старше 60 лет, в то время, как среди больных моложе 60 лет тромбоза артерий выявить не удалось. Тяжесть морфологических изменений в желчном пузыре при остром холецистите находится в непосредственной зависимости от сроков операций, наиболее протяженными и глубокими они оказались у больных, оперированных на 3-и и более сут от начала заболевания.

Анализ гистологических и гистохимических исследований печени при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста выявил существенные нарушения у всех обследованных, степень выраженности которых зависит как от характера патологического процесса в желчном пузыре, так и сроков от начала заболевания до операции. Наиболее тяжелые патоморфологические изменения печени обнаружены при гангренозном холецистите. Зависимость же нарушений в печеночной паренхиме от сроков операции идентична указанной выше: чем больше сроки, тем эти нарушения значительнее. Правомерность вышесказанного обусловлена тем, что у всех больных, оперированных на 3-и и более сут от начала заболевания, обнаружены резко выраженные морфологические изменения печени с максимальным снижением содержания РНК в гепатоцитах.

Наряду с исследованием патогистологических изменений печени, провели изучение ряда функциональных тестов печени с целью определения их информативности и степени зависимости от тяжести течения острого холецистита у пожилых и старых больных. Все функциональные пробы исследовались в динамике: до операции, на I-е, 3-я, 5-е, 10-е сут после операции и перед выпиской больных (на 17-20-е сут). Нами обследовано 62 больных в возрасте 60-83 года, оперированных по поводу острого холецистита. При гистоло-

гическом исследовании стенки желчного пузыря изменения в последнем были расценены как хронический холецистит у 4 больных, обострение хронического — у 6, флегмонозный — у 32, гангренозный — у 15, перфоративный — у 5. В план обследования больных включали определение следующих биохимических показателей крови: общий белок и белковые фракции, остаточный азот, мочеви́на, сахар, билирубин, аспартатаминотрансфераза и аланинаминотрансфераза (АСТ и АЛТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), холестерин.

Анализ проведенных исследований показал, что острый холецистит у пожилых и старых больных сопровождается выраженными изменениями функционального состояния печени, наиболее значительным из них подвержена белковообразовательная функция. Между нарушениями функциональных тестов печени и тяжестью течения основного заболевания установлена прямая зависимость, особенно резкие сдвиги наблюдались при осложненных формах острого холецистита. После операции функциональные пробы, как правило, имели тенденцию к нормализации, хотя у некоторых больных в первые дни послеоперационного периода происходило прогрессирование патологических нарушений отдельных сторон деятельности печени, наиболее стабильными оказывались те из них, которые и до операции отличались особой выраженностью. Следует подчеркнуть, что у больных пожилого и старческого возраста изучение функциональных изменений печени и их своевременная коррекция приобретают особое значение, так как именно у этой возрастной категории больных одной из основных причин послеоперационных осложнений и летальности является печеночная недостаточность.

Клиническая симптоматика острого холецистита у пожилых и старых больных весьма вариабельна и не всегда адекватна тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре. Тем не менее

анализ нашего материала позволяет утверждать, что в большинстве наблюдений она выражена достаточно отчетливо и не представляет больших диагностических затруднений.

Одним из наиболее актуальных вопросов в проблеме острого холецистита является оптимизация сроков операции. У больных старше 60 лет время оперативного вмешательства имеет особое значение, так как у них нередко происходит быстрое прогрессирование деструктивных изменений в желчном пузыре.

Как известно, сроки операций при остром холецистите широко дискутируются на конференциях и в печати. И в нашей клинике они неоднократно пересматривались и изменялись. В настоящее время мы придерживаемся следующих:

Экстренное оперативное вмешательство, производимое в первые 24 ч после поступления, считаем показанным при деструктивных формах холецистита, явлениях местного или разлитого перитонита. По таким показаниям оперировано 227 (57,6%) больных. Безусловно, что при остром холецистите, осложненном перитонитом, время от момента госпитализации до операции сокращается и составляет, как правило, 2-3 ч.

Показаниями к срочной операции, выполняемой через 24-72 ч после поступления, в редких случаях - несколько более этого срока, является безуспешность консервативной терапии или, тем более, прогрессирование воспалительного процесса в желчном пузыре. Подобные операции были выполнены 91 (23,1%) больному.

В выборе оптимального времени оперативного вмешательства при остром холецистите особое значение придаем тяжести клинического проявления и динамике развития заболевания. Старческий возраст, сопутствующая патология, тяжелое состояние больного нередко являются сдерживающими моментами, вынуждающими хирурга отложить

операцию в надежде на благоприятный исход консервативного лечения. Подобная неоправданно длительная задержка с операцией при деструктивном холецистите значительно отягощает патологический процесс в желчном пузыре, усугубляет тяжесть состояния больного. Следствием затянувшегося наблюдения и промедления оперативного вмешательства являются операции по вынужденным показаниям, выполнение которых, по вполне понятным соображениям, сопряжено с высокой степенью риска. Учитывая это обстоятельство, мы обращаем особое внимание на сроки наблюдения за "тревожными" больными. При отсутствии эффекта или сомнительной эффективности консервативных мероприятий показания к операции, по возможности, стараемся определить в течение ближайших 6-8 ч пребывания больного в стационаре.

В общей сложности экстренные и срочные операции произведены 318 (80,7%) больным старше 60 лет, из которых у 191 (60,1%) при морфологическом исследовании был выявлен флегмонозный холецистит, у 81 (25,5%) - гангренозный, у 16 (5,0%) - гангренозно-перфоративный. Вышесказанное является убедительным доводом, подтверждающим правомерность операций на высоте приступа холецистита.

В 21 случае, когда из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, выраженной интоксикации трудно было решить вопрос о необходимости операции при остром холецистите, использовалось лапароскопическое исследование, заверенное лапаротомией у 15 больных. В последние годы мы придаем все более важное значение лапароскопической диагностике в ургентной хирургии пожилого и старческого возраста, что обусловлено рядом обстоятельств: частое отставание клинических симптомов заболевания от тяжести воспалительного процесса в брюшной полости, достаточно высокий риск любого оперативного вмешательства, высокая информативность метода.

Операции в отсроченном периоде выполняются в тех случаях, когда на фоне консервативной терапии состояние больных прогрессивно улучшается, воспалительные явления стихают и при обследовании, включая рентгенологическое, выявляются показания к операции. По нашим данным, отсроченные операции были выполнены 76 (19,3%) больным. Операции в отсроченном периоде обладают бесспорными преимуществами перед экстренными и срочными. К сожалению, нередко мы вынуждены прибегать к операциям на высоте острого приступа холецистита. И это продиктовано не чрезмерным радикализмом по отношению к анализируемому контингенту больных, а тем обстоятельством, что в противном случае велика опасность развития тяжелых, порой даже смертельных осложнений основного заболевания.

Риск оперативного вмешательства в гериатрической хирургии во многом определяется эффективностью предоперационной подготовки и послеоперационного периода, адекватностью анестезиологического обеспечения.

Предоперационная подготовка в каждом случае проводится строго индивидуально, сроки ее определяются в первую очередь из соображений, диктуемых течением основного процесса. У больных с перитонитом подготовка к операции должна быть минимальной по времени, но максимальной по интенсивности. При других формах острого холецистита предоперационный период более полноценный как в плане обследования больного, так и подготовки к предстоящей операции.

Обезболивание при операциях относится, безусловно, к компетенции анестезиологов. Однако нам, как хирургам, во время операций по поводу острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста больше импонирует эндотрахеальный наркоз с применением мышечных релаксантов и нейролептанальгезии. Он обеспе-

чивает не только необходимые условия оперирования, но и позволяет производить во время операции начатую до нее коррекцию патофизиологических сдвигов. Под эндотрахеальным наркозом операции были выполнены 290 (73,6%) больным. В последнее время в нашей клинике все более широкое применение находит перидуральная анестезия. По нашим данным, она была использована у 65 (16,5%) больных старше 60 лет, оперированных по поводу острого холецистита.

Выбор объема операции при остром холецистите зависит прежде всего от хирургической ситуации в каждом конкретном случае, в то же время быстрое развитие деструктивных процессов в стенке желчного пузыря у пожилых и старых больных диктует необходимость своевременного и радикального его удаления. Доминирующей операцией у анализируемого контингента больных считаем холецистэктомию. Холецистостомию выполняем у наиболее тяжелых больных и рассматриваем ее как вынужденную операцию. Обязательным условием этой паллиативной операции является сохранившаяся жизнеспособность стенки желчного пузыря. В последние годы при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста мы все больше предпочитаем лапароскопическую холецистостомию традиционному способу наложения свища на желчный пузырь и считаем, что она представляет, несомненно, меньший риск для жизни больного. По нашим данным, холецистэктомию произведена 263 (66,8%) больным старше 60 лет, холецистэктомию, дополненная холедохотомией - 86 (21,8%), холецистостомию предпринята в 39 (9,9%) наблюдениях, холецистостомию с холедохотомией - в 6 (1,5%).

Таблица I

Объем оперативных вмешательств при остром холецистите
у больных пожилого и старческого возраста

Объем операции	Оперированные больные		Детальность
	к-во	%	
Холецистэктомия	263	66,8	5,3
Холецистэктомия, холедохотомия, шов холедоха, дренаж пузырного протока	23	5,8	4,3
Холецистэктомия, холедохотомия, наружный дренаж холедоха	57	14,5	3,5
Холецистэктомия, холедохотомия, холедоходуоденоанастомоз	6	1,5	-
Холецистостомия	39	9,9	10,3
Холецистостомия, холедохотомия, наружный дренаж холедоха	6	1,5	33,3

В комплекс интраоперационного обследования желчных протоков включаем осмотр, пальпацию элементов печечно-двенадцатиперстной связки, зондирование холедоха и печеночных протоков, холангиографию, холангиоскопию. Наиболее простым и надежным способом распознавания патологических изменений желчных путей является холангиография, которая была выполнена у 87,5% больных старше 60 лет, оперированных по поводу острого холецистита. Холангиоскопия с помощью фиброхоледохоскопа японской фирмы "Олипус" используется в нашей клинике сравнительно недавно, тем не менее создается впечатление, что это один из наиболее достоверных и, безусловно, перспективных методов информации состояния желчных протоков.

Показания к холедохотомии у больных пожилого и старческого возраста должны быть более строгими, так как всякие дополни-

тельные хирургические приемы и удлинение времени вмешательства у этих больных весьма нежелательно. В то же время именно у этой возрастной категории больных чаще всего встречаются осложненные формы заболевания, что требует определенного, порой даже высокого радикализма оперативных вмешательств. Прямыми показаниями к холедохотомии считаем следующие: камни желчных протоков, выявленные пальпаторно, инструментально или во время операционной холангиографии, наличие в протоках гнойной или замазкообразной желчи, значительное расширение холедоха, механическая желтуха к моменту операции. Способ завершения холедохотомии зависел от причины, вызвавшей желтуху, степени распространенности воспалительного процесса, тяжести состояния больного. Глухой шов холедоха, дренирование его через культю пузырного протока выполнен у 23 больных, наружное дренирование общего желчного протока — у 63, холедоходуоденоанастомоз — у 6.

Среди 394 больных старше 60 лет, оперированных по поводу острого холецистита, послеоперационные осложнения наблюдались у 123 (31,2%). В их структуре наиболее тяжелыми явились осложнения со стороны дыхательной системы (10,4%), сердечно-сосудистой системы (6,6%), печеночно-почечная недостаточность (5,3%), послеоперационный перитонит (1,8%). Опасность возникновения послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста усугубляется тем обстоятельством, что течение заболевания у этой категории больных и без того отягощено массой сопутствующих заболеваний и осложнений острого холецистита, а любое оперативное вмешательство для них представляет большую физическую и психическую травму. Таким образом, возникает нечто, подобное порочному кругу. С одной стороны, возрастные ин-

волюционные процессы в организме пожилых и старых больных являются благоприятным фоном для развития послеоперационных осложнений, с другой – последние отягощают течение сопутствующих заболеваний, а нередко и сами представляют собой прогрессирование тех патологических состояний, которые до операции были скрыты или слабо выражены.

Вероятность развития осложнений в послеоперационном периоде находится в непосредственной зависимости от возраста больных, характера сопутствующих заболеваний, тяжести морфологических изменений в желчном пузыре, объема оперативного вмешательства, адекватности предоперационной подготовки и послеоперационного периода. Однако ни один из вышеназванных факторов не оказывает столь существенного влияния на частоту послеоперационных осложнений, как фактор времени. Именно сроки от начала заболевания до операции в большинстве случаев определяют не только характер патологического процесса в желчном пузыре, а и функциональные резервы организма, его "способность" перенести операцию.

Общая летальность при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста в 1975–1979 гг. составила 3,1%, послеоперационная – 5,8%. У подавляющего большинства умерших после операции летальный исход явился следствием прогрессирования тяжелых сопутствующих заболеваний или осложнений острого холецистита. Основные причины летальных исходов после операции были следующие: печеночно-почечная недостаточность – у 7 (30,4%) больных, сердечно-сосудистая и сердечно-легочная недостаточность – у 5 (21,7%), прогрессирующий перитонит – у 4 (17,4%), пневмония – у 2 (8,7%), тромбоэмболия легочной артерии – у 3 (13,0%). У 1 больного причиной смерти явился тромбоз мезентериальных сосудов, у 1 – панкреонекроз.

Как известно, основными критериями оценки того или иного метода лечения являются не только ближайшие, а и отдаленные результаты. Из 874 больных пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в нашей клинике по поводу острого холецистита, сведения в отдаленные сроки получены о 570 (67,3%). Сведения были получены путем амбулаторного осмотра больных и ответов на анкетные запросы в сроки от 1 до 5 лет. Оценка отдаленных результатов проводилась по 3-х бальной системе: хорошие, удовлетворительные, плохие.

Среди оперированных больных отдаленные результаты признаны хорошими у 64,6%, удовлетворительными - у 25,2%, плохими - у 10,2%. Среди больных, леченных консервативно, хорошие отдаленные результаты выявлены у 22,2%, удовлетворительные - у 35,4%, плохие - у 42,4%. Из множества причин, определяющих хорошие отдаленные результаты, особое значение придаем ранней, до развития осложненных форм холецистита операции.

Таким образом, как ближайшие, так и отдаленные результаты являются убедительным свидетельством целесообразности активной хирургической тактики при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста.

Одной из актуальных задач хирургического лечения острого холецистита является прогнозирование послеоперационных исходов. Задача клинического прогнозирования заключается в определении характера течения послеоперационного периода, что позволяет осуществлять своевременную коррекцию лечения острого холецистита и предупредить развитие тяжелых послеоперационных осложнений. Особое значение подобное прогнозирование приобретает у лиц пожилого и старческого возраста, так как именно у них из-за воз-

растной гипореактивности организма объективная оценка тяжести состояния, а, следовательно, и решение вопроса о хирургической тактике нередко представляет большие трудности, в то же время у этой категории больных отмечаются наиболее высокие цифры послеоперационных осложнений и летальности.

Целью нашего исследования являлось изучение возможности достоверного прогнозирования послеоперационных исходов при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Основой клинического прогноза послужила информация о состоянии больного при поступлении в клинику без учета трансоперационной находки. Последнее обстоятельство, на наш взгляд, имеет исключительно важное значение, так как позволяет осуществлять прогнозирование послеоперационных исходов в послеоперационном периоде, а, следовательно, и более рационально планировать лечение конкретного больного.

В ходе решения задачи прогнозирования разработана автоматизированная система, функционирующая на базе мини-ЭВМ. Система предназначена для распознавания трех возможных вариантов течения послеоперационного периода, а именно: без осложнений, с осложнениями, летальный исход. Она включает таблицу "медицинской памяти", которая составлена на основе 394 историй болезни с верифицированным исходом, библиотеку прогнозирующих алгоритмов для распознавания возможных послеоперационных состояний, мини-ЭВМ типа "Электроника ДЗ-28". Таблица "медицинской памяти" содержит сведения о длительности заболевания, некоторые объективные показатели состояния больных при поступлении в клинику, включая данные лабораторных исследований, а также частоту каждого признака при трех вышеуказанных прогнозируемых состояниях.

Из 394 больных, вошедших в материал обучения, у 270 послеоперационный период протекал без осложнений, у 101 - с осложнениями, умерло в послеоперационном периоде 23 больных. Первоначальный вариант таблицы "медицинской памяти" включал 63 двучленных признака, в конечном варианте их количество было сокращено до 43, наиболее информативных.

Время, необходимое для прогнозирования на ЭВМ послеоперационного исхода у одного конкретного больного с учетом ввода симптомокомплекса, составляет не более 1 минуты. В результате исследования на цифровом дисплее ЭВМ индуцируются вероятности прогнозируемых исходов. Оценка эффективности работы системы, проведенная на репрезентативной выборке больных, показала, что надежность распознавания исхода после операции по поводу острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста составляет не менее 90%.

Таким образом, достоверное прогнозирование послеоперационных исходов при остром холецистите у пожилых и старых больных может быть осуществлено посредством математической переработки информации, получаемой в дооперационном периоде и реализовано с помощью электронно-вычислительной техники. Созданная система позволяет предсказать наиболее вероятный послеоперационный исход, обеспечивая тем самым возможность более целенаправленного подхода к предоперационной подготовке и виду обезболивания, срокам и объему оперативного вмешательства, тактике ведения послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

1. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста характеризуется рядом существенных особенностей, а именно: быстрым развитием патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря с тенденцией к экстрапузырному распространению на фоне инволюционных изменений организма, тяжелых сопутствующих заболеваний.

2. Доминирующим фактором, определяющим высокий темп развития деструктивных изменений в желчном пузыре у пожилых и старых больных, является склеротический и атрофический процесс во всех слоях его стенки и, прежде всего, атеросклеротические изменения артерий. В ряде случаев на этом фоне происходят тромбоз артерий с последующим развитием инфаркта пузыря.

3. Острый холецистит у больных старше 60 лет сопровождается выраженными морфологическими и функциональными нарушениями печени: анализ гистологических, гистохимических и функциональных тестов печени выявил существенные изменения у всех обследованных. Степень выраженности последних зависит как от тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре, так и сроков операции.

4. Клиническая картина острого холецистита у пожилых и старых больных, несмотря на определенную стертость ряда симптомов, а в ряде случаев и несоответствие тяжести морфологических изменений в желчном пузыре, выражена, как правило, достаточно убедительно для того, чтобы своевременно поставить диагноз и выбрать наиболее оптимальный тактический прием.

5. Исход хирургического лечения острого холецистита в группе больных пожилого и старческого возраста находится в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства. Операция в отсроченном периоде имеет бесспорные преимущества перед экстренными и срочными, тем не менее тактика длительного и необоснованного выжидания более опасна, чем радикальная операция. При отсутствии эффекта или сомнительной эффективности консервативной терапии показания к операции следует ставить в течение ближайших 6-8 ч. пребывания больного в стационаре.

6. Операцией выбора при остром холецистите у больных старше 60 лет должна быть холецистэктомия. Холецистостомия, как вынужденная операция, оправдана у наиболее ослабленных основным и, прежде всего, сопутствующими заболеваниями больных.

Холецистэктомия выполнена нами у 88,6% больных, холецистостомия - у 11,4%.

7. Прогнозирование до операции ее исхода может быть осуществлено на базе электронно-вычислительной техники. Надежность распознавания послеоперационных исходов при остром холецистите у больных старше 60 лет составляет не менее 90%.

8. Общая летальность при остром холецистите у пожилых и старых больных составила 3,1%, послеоперационная - 5,8%. Принципиальным моментом, определяющим снижение послеоперационной летальности у анализируемого контингента больных, считаем раннюю госпитализацию, своевременное и в полном объеме выполненное оперативное вмешательство.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Течение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста отличается быстрым развитием деструктивных изменений в стенке желчного пузыря на фоне атеросклеротических и тромботических поражений его сосудов.

2. Основным моментом, определяющим успех хирургического лечения острого холецистита в группе больных старше 60 лет, является своевременность оперативного вмешательства. В тех случаях, когда, несмотря на проводимую консервативную терапию, клиника заболевания не регрессирует или тем более нарастает, показания к операции по возможности должны быть определены в течение ближайших 6-8 ч пребывания больного в стационаре.

3. Доминирующей операцией при остром холецистите у пожилых и старых больных считаем холецистэктомию. Холецистэктомию рассматриваем как вынужденную операцию у наиболее ослабленных основным и, прежде всего, сопутствующими заболеваниями больных, когда становится опасным даже наркоз, а выполнение радикального оперативного вмешательства представляет большую угрозу для жизни. Обязательным условием этой паллиативной операции является сохранявшаяся жизнеспособность стенки желчного пузыря.

4. Достоверное прогнозирование послеоперационных исходов принципиально возможно на базе ЭВМ, что позволит более обоснованно подходить к тактике хирургического лечения острого холецистита.

ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Анализ летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. В кн.: Вопросы неотложной помощи (тезисы к предстоящей годичной научной конференции, 1977 год, ноябрь), Свердловск, 1977, 71-72.

2. Перитонит при остром холецистите у лиц пожилого возраста. В кн.: Новые возможности интенсивной терапии, Свердловск, 1978, 25-30.

3. К тактике хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. В кн.: Вопросы организации и результаты лечения больных с неотложными заболеваниями (Тезисы докладов научной конференции 1978 года), Свердловск, 1979, 80-81.

4. Острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста. В кн.: Организация гастроэнтерологической службы в условиях промышленного центра. Вопросы диагностики и этапного лечения, Свердловск, 1981, 72-74.

5. Результаты лечения острого холецистита у лиц старше 60 лет. Там же, 78-80 (соавт. с В.Н.Климовым).

6. Оперативное лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. "Хирургия", 1981, I, 49-52.