



# Минимально инвазивные вмешательства в лечении острого холецистита, холедохолитиаза и механической желтухи

М. Д. Дибиров, Г. С. Рыбаков, М. Р. Хаконов, М. А. Васильева, М. М. Эльдерханов, А. М. Магомедалиев

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

**Цель исследования:** разработать алгоритм лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих острым холециститом (ОХ), холедохолитиазом и механической желтухой с наличием коморбидных заболеваний, с использованием минимально инвазивных технологий.

**Материалы и методы.** Проведен анализ оперативного лечения 431 пациента пожилого и старческого возраста с осложненным ОХ и коморбидными заболеваниями.

**Результаты и обсуждение.** Разработан алгоритм поэтапного лечения пациентов с применением эндоскопических минимально инвазивных вмешательств для снижения желчной гипертензии на первом этапе терапии и радикальных оперативных вмешательств на втором. Лечение на втором этапе выполняется в отсроченном периоде после снижения высокой степени операционного и анестезиологического рисков. Традиционные хирургические вмешательства осуществляют при невозможности применения эндоскопических и минимально инвазивных вмешательств.

**Заключение.** Поэтапное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с осложненным ОХ и коморбидными заболеваниями с применением минимально инвазивных вмешательств позволяет добиться лучших результатов лечения и снизить количество летальных исходов у данной категории больных.

**Ключевые слова:** острый холецистит, пожилой и старческий возраст, коморбидные заболевания, минимально инвазивные вмешательства.

## Minimally Invasive Interventions for Acute Cholecystitis, Choledocholithiasis and Obstructive Jaundice

M. D. Dibirow, G. S. Rybakov, M. R. Khakonov, M. A. Vasilieva, M. M. Elderkhanov, A. M. Magomedaliev

A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

По данным ВОЗ, в настоящее время отмечают рост числа больных острым калькулезным холециститом и его осложнениями [1, 2, 3, 13]. Пациенты пожилого и старческого возраста составляют группу с высокими операционными и анестезиологическими рисками по причине наличия соматической патологии, осложняющей течение острого холецистита (ОХ). Как показывают результаты собственных исследований и данные литературы, в группе больных, оперированных по экстренным показаниям, на фоне сопутствующих или коморбидных заболеваний послеоперационная летальность повышается до 15–20% [1, 4, 6, 7, 13, 17, 19].

В то же время внедрение малотравматичных методов эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), холецистэктомии из минидоступа (МХЭ) с применением набора «Мини-ассистент» (ООО НПО «Эталон», г. Екатеринбург), чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХС) под контролем ультразвукового (УЗ) сканирования позволило снизить послеоперационную летальность до 0,5–1,0% [5, 8–15, 18].

**Цель исследования:** разработать алгоритм лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих ОХ,

холедохолитиазом и механической желтухой с наличием коморбидных заболеваний, с использованием минимально инвазивных технологий.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ обследования и лечения 431 пациента пожилого (60–74 года) и старческого возраста (старше 75) с ОХ по действующей классификации ВОЗ. Лица пожилого возраста составили 59%, лица старческого возраста 41% от общего количества больных.

Сочетание двух самостоятельных заболеваний или коморбидность отмечена у 84% пациентов. Чаще всего среди коморбидной патологии встречались ИБС (у 81% пациентов) и гипертоническая болезнь (у 67%). Частота сопутствующего сахарного диабета составила 28%, ХОБЛ — 36%, патологии почек — 16%.

При определении алгоритма диагностических исследований и выборе тактики лечения исходили из существующего операционного и анестезиологического риска, вызванного основным и соматическим заболеваниями. При выборе хирургической тактики лечения отдавали предпочтение минимально инвазивным вмешательствам.

**Васильева Мария Александровна** — заведующая отделением ультразвуковой диагностики. ГБУЗ ГКБ № 50 ДЗМ. 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

**Дибиров Магомед Дибирович** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: m.dibirow@yandex.ru

**Магомедалиев Абдулла Магомедалиевич** — аспирант кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии. ГБУЗ ГКБ № 50 ДЗМ. 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

**Рыбаков Граф Сергеевич** — д. м. н., профессор кафедры хирургии ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

**Хаконов Мурат Рамазанович** — аспирант кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

**Эльдерханов Магомедсалам Магомедзапирович** — ассистент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии. ГБУЗ ГКБ № 50 ДЗМ. 127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 21. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru



При обследовании выявлены следующие особенности патологии билиопанкреатодуоденальной зоны: у 45 (10,4%) больных с холедохолитиазом имелся стеноз большого дуоденального сосочка, у 12 (2,9%) — парапапиллярные дивертикулы, у 121 (28%) — эмпиема желчного пузыря, у 45 (10,4%) пациентов — паравезикальные абсцессы, у 154 (36%) — паравезикальные инфильтраты. Механическая желтуха имела у всех больных, холангит у 84 (19,5%).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Экстренные и срочные операции выполнены 12 (2,7%) пациентам с ОХ, осложненным механической желтухой и перитонитом в течение 24–72 часов с момента госпитализации. Операции выполнены лапаротомическим доступом с холецистэктомией, холедохолитотомией, дренированием холедоха по Керу, санацией брюшной полости. Отмечено 2 летальных исхода по причине развития сердечно-сосудистой недостаточности.

Лечение остальных 419 (97,2%) пациентов проводили в несколько этапов.

Целью первого этапа лечения данной категории пациентов являлось снятие билиарной гипертензии. Для этого 357 (85%) больным выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), ЭПСТ, литоэкстракцию с назобилиарным дренированием для санации желчных протоков при гнойном холангите. При невозможности эндоскопических дренирований для снятия билиарной гипертензии на 1-м этапе 62 пациентам (14,8%) выполнена холецистостомия.

После проведения оперативных вмешательств первого этапа из 419 пациентов умерло 16 (3,8%). Причины смерти были нарастающий эндотоксикоз у 4-х пациентов, сердечно-легочная недостаточность у 9 и гепаторенальный синдром у 3 пациентов.

Второй этап лечения выполняли на фоне улучшения состояния пациентов за счет ликвидации или снижения желтухи, холангита, улучшения функционального состояния печени и коррекции сопутствующей патологии до снижения высокой степени операционного и анестезиологического рисков.

Операции второго этапа выполнены 370 (92%) пациентам из 403 выживших после первого этапа, через 7–15 суток в зависимости от общего состояния. Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) проведена 114 (30,8%) больным, из них с дренированием холедоха по Керру — 38 (33,3%); МХЭ проведена 229 (61,9%), ЛХЭ — 27 (7%) больным из общего числа прооперированных на втором этапе, холедоходуоденоанастомоз наложен 26 (7%) пациентам.

Летальных исходов после выполнения второго этапа лечения ОХ было отмечено 12 (3,2%). Основной причиной летальности у 8 (2,1%) пациентов был выраженный эндотоксикоз на фоне полиорганной недостаточности у коморбидных больных. В 3-х (0,8%) случаях превалировала сердечно-сосудистая недостаточность, в 1 (0,3%) случае больная умерла на фоне панкреатогенной токсемии, вследствие развившегося панкреонекроза и панкреатогенного шока.

## ЛИТЕРАТУРА<sup>1</sup>

1. Брискин Б. С., Ломидзе О. В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии // Хирургия. 2005. № 6. С. 24–30.
2. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Миниинвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. 2010. № 7. С. 55–59.

Послеоперационные осложнения выявлены у 21 (5,7%) больного — у 7 (1,9%) пациентов пожилого и у 14 (3,8%) старческого возраста. Сердечно-сосудистая недостаточность, потребовавшая лечения в условиях кардиореанимации, выявлена у 5 (1,3%) больных, абсцесс подпеченочного пространства — у 1 (0,3%) больного, желудочно-кишечное кровотечение отмечено в 2 (0,5%) случаях; подтекание желчи обнаружено у 2 (0,5%) больных, кровотечение из ложа желчного пузыря — у 1 (0,3%) пациента; нагноение послеоперационной раны наблюдали у 5 (1,2%) больных после ТХЭ.

Таким образом, проведено исследование и лечение пациентов пожилого и старческого возраста с осложненным ОХ и коморбидными заболеваниями. К данной группе пациентов необходим особый подход, учитывая частоту и тяжесть сопутствующих заболеваний.

В ходе выполненной работы был разработан алгоритм диагностики и поэтапного лечения пациентов с применением эндоскопических минимально инвазивных вмешательств.

Подготовку больных к операции необходимо проводить в условиях отделения реанимации с максимальным использованием минимально инвазивных лучевых и эндоскопических методов диагностики (УЗИ, ЭРХПГ).

Лечение должно производиться поэтапно. Первый этап проводят с целью снижения желчной гипертензии и снижения высокой степени операционного и анестезиологического рисков.


На этом этапе приоритетными являются эндоскопические минимально инвазивные вмешательства (ЭРХПГ + ЭПСТ + литоэкстракция). При невозможности использования таковых необходимо применять минимально инвазивные дренирующие методы для снижения желчной гипертензии (ЧЧМХС под контролем УЗИ, лапароскопию или открытую холецистостомию).

На втором этапе выполняют радикальные оперативные вмешательства. Они должны осуществляться в отсроченном периоде с учетом общего состояния пациента и степени операционного и анестезиологического рисков.

На данном этапе приоритетными являются минимально инвазивные методы вмешательства (ЛХЭ, МХЭ). Традиционные хирургические вмешательства на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях должны использоваться только при невозможности выполнения эндоскопических и минимально инвазивных вмешательств вследствие общих и местных противопоказаний.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поэтапное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с осложненным острым холециститом и коморбидными заболеваниями с применением минимально инвазивных вмешательств позволяет добиться удовлетворительных результатов, улучшить прогноз лечения и снизить количество летальных исходов у данной категории больных.

3. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия 2001. № 9. С. 30–34.
4. Дзюбановский И. Я., Дзюбановский О. И., Галей Н. М. Индивидуализированная тактика лечения больных обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом // Хирург. 2014. № 10. С. 50–54. 

<sup>1</sup> С полным перечнем литературы можно ознакомиться в редакции журнала «Доктор.Ру». — Примеч. ред.