



## ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Костюченко М. В., Швидко В. С., Абдурахманов А. М., Габитов Р. М., Юанов А. А., Бекеров Б. М.,  
Газимагомедов М. Р., Родионов И. Е., Дибиров М. Д.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Костюченко Марина Владимировна  
Москва, ул. Вучетича, 1. ГКБ № 50  
Тел.: 8 (926) 591 9229  
E-mail: aprilbird@rambler.ru

### РЕЗЮМЕ

*Материал и методы.* Проведен анализ результатов лечения механической желтухи вследствие холедохолитиаза у 268 пациентов пожилого и старческого возраста.

*Результаты.* Показано, что сокращение сроков ликвидации билиарной гипертензии и воспалительного процесса, а также некоторое снижение количества послеоперационных осложнений и летальности возможно достичь, если применять этапное лечение с использованием мини-инвазивных методик на фоне эффективной антибактериальной и детоксикационной терапии с учетом наличия и выраженности сопутствующей патологии.

**Ключевые слова:** механическая желтуха; холедохолитиаз; мини-инвазивные методы; пожилой и старческий возраст.

### SUMMARY

*Material and methods.* We examined the resultants of treatment of 268 old patients.

*Resultates.* The global demographic transition to an older population effects developing as well as developed countries. Changes in mitochondria with age, in body composition, in biliary tract gives to start for many diseases such as cholelithiasis. It has recommended the special surgical tactic of treatment such situations.

**Keywords:** biliary tract; cholelithiasis; surgical tactic.

### ВВЕДЕНИЕ

Неуклонно растет встречаемость заболеваний билипанкреатодуоденальной зоны у лиц пожилого и старческого возраста (в том числе желчнокаменной болезни). Осложнения и летальность при ней достигает 12–24% [1]. По данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает около 10% населения в мире. С возрастом, по этим же данным, ЖКБ встречается чаще: в 70–74 года она наблюдается у 17,5% мужчин и 27,7% женщин [7]. При этом у 8–18% отмечается холедохолитиаз, в ряде случаев осложненный механической желтухой. Запоздалое разрешение механической желтухи приводит к нарастанию осложнений и летальности в геометрической прогрессии [2]. Их число в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическая желтуха ликвидирована своевременно [8].

В диагностике и лечении механической желтухи в последние годы отмечается определенный прогресс

в результате внедрения мини-инвазивных методик: ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), лапароскопическая или через мини-доступ холецистэктомия и холедохотомия, чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС), чреспеченочная холангиостомия, эндобилиарное стентирование, билиодигестивные анастомозы через мини-доступ [4; 6].

Несмотря на это, лечение механической желтухи у геронтологических больных сопряжено с рядом трудностей, обусловленных морфологическими и функциональными особенностями органов и систем с резким снижением резервных возможностей, уменьшением иммунореактивности и адаптационных механизмов, полиморбидностью (у лиц старше 75 лет встречаются 4–7 и более тяжелых сопутствующих заболеваний, что резко повышает риск оперативных вмешательств), диагностическими

ошибками, связанными со смазанностью клинической картины у пожилых и старых [6] и ведущими к запоздалой госпитализации и несвоевременному лечению, к холестазу, билиарной гипертензии, гибели печеночных клеток, печеночной и почечной недостаточности, гнойному холангиту, множественным микроабсцессам печени, сепсису, тромбоэмболическим осложнениям и холемиическим кровотечениям.

Кроме того, у рассматриваемого контингента выражены особенности течения заболевания и быстрая декомпенсация функции печени, связанные с существенными нарушениями портального кровотока из-за портокавального шунтирования, имеет место частое (до 30–40%) развитие острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта с тяжелыми кровотечениями в послеоперационном периоде.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аналізу подвергнуты результаты лечения механической желтухи на почве холедохолитиаза у 268 больных пожилого и старческого возраста. Из них больных пожилого возраста (60–75 лет) было 147 (55%), старше 75 лет – 121 (45%). Мужчин было 91 (34%), женщин – 177 (66%). Госпитализированы в первые сутки от начала заболевания 12 (4%), на 2–3-е сутки – 29 (11%), на 4–5-е сутки – 118 (44%), на 6–7-е сутки – 91 (34%), после 7-х суток – 18 (8%) больных. При поступлении билирубин до 100 мкмоль/л был у 150 (56%), 100–200 мкмоль/л – у 86 (32%), 200–300 мкмоль/л – у 21 (8%) и свыше 300 мкмоль/л – у 11 (4%).

Сопутствующая патология отмечена у 60% больных пожилого возраста и у 92% пациентов старше 75 лет. Сахарный диабет выявлен у 94 (35%).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая картина при механической желтухе имела свои особенности. Боль в правом подреберье предшествовала желтухе у 120 (45%), у 62 (23%) боль и желтуха появились одновременно, у 86 (32%) желтуха появилась без заметных болевых ощущений.

Острый холецистит отмечен у 96 (36%) больных механической желтухой, острый билиарный панкреатит – у 45 (17%). Явления холангита до операции отмечены у 108 (41%), мелкие абсцессы печени – 16 (6%). Диаметр общего желчного протока 8–15 мм был у 112 (42%), 15–20 мм – у 86 (32%), 20–30 мм – у 40 (15%), более 30 мм – у 30 (11%). В анамнезе механическая желтуха имела у 38 человек (14%), резекция желудка – у 26 (8%), холецистэктомия – у 32 (12%), ЭПСТ – у 21 больного (8%).

Выбор алгоритма диагностики и хирургической тактики включал следующие позиции. Всем больным выполнялись рентгенография, УЗИ, ЭГДС, КТ, ЭКГ, УЗДГ портального кровотока, коагулограмма, биохимические исследования крови. По показаниям у половины больных проведены эхо-КГ, определен уровень молекул средней массы и изучена микроциркуляция

слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. При эндоскопическом исследовании у 45 (17%) больных уже исходно имелись острые эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, у 6 – даже с признаками состоявшегося кровотечения. Отмечено ускорение линейного (с 22 до 29 см/с) и объемного (с 1800 до 2200–2800 мл/мин) кровотока при расширении воротной вены с 12 до 14 мм. Эти данные свидетельствуют о повышении внутривенного сопротивления кровотоку, раскрытии артериовенозных коллатералей с артериовенозным сбросом (портально-артериальная инверсия), что приводит к гипоксии печени и печеночно-клеточной недостаточности [5]. При этом отмечались явления хирургического эндотоксикоза: первая степень хирургического эндотоксикоза (по В.К. Гостищеву, 2002) определялась у 38 больных (14%), вторая – у 94 (35%), третья – у 88 (33%), четвертая – у 48 (18%).

Выбирая тактику хирургического лечения, мы основывались на убеждении, что лечение острого холецистита и механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста не может быть строго разграничено по времени, так как множество факторов риска влияют на ее выбор и определяют сроки оперативного пособия: сроки госпитализации, время от начала заболевания, тяжесть воспалительного процесса, выраженность механической желтухи, степень эндотоксикоза, наличие осложнений, выраженность возрастных изменений, тяжесть и число сопутствующих заболеваний, риск анестезиологического пособия, общее состояние. Вторая тактическая позиция – воспалительный процесс и билиарная гипертензия должны быть ликвидированы как можно раньше, особенно при сопутствующем сахарном диабете и метаболическом синдроме.

Всем больным с механической желтухой сразу в дооперационном периоде и в ранние сроки после операции проводили интенсивную коррекцию гомеостатических нарушений: детоксикационную, антибактериальную (фторхинолоны, карбапенемы), спазмолитическую, гепатопротекторную (Гепа-мерц 20–40 мл/сут), иммунную (иммунофарм, галавит, милотид, ликопид и др.), антиферментную (Октреатид), противоязвенную терапию (Квамател). Кроме того, назначали средства, направленные на улучшение микроциркуляции и обменных процессов (витамины, актовегин). При наличии энцефалопатии дополнительно применяли нейротропные и антиоксиданты. У 62 (23%) больных при выраженном эндотоксикозе до операции с целью детоксикации применены плазмаферез или гемофильтрация.

По нашему мнению, при проведении такой интенсивной консервативной коррекции важным критерием является не длительность, а объем и качественный состав растворов, их адекватность возможностям усвоения, а также направленность в первую очередь на ликвидацию гиповолемии, электролитных нарушений, уменьшение эндотоксикоза, улучшение функции печени и почек.

Из 96 больных с острым деструктивным холециститом и механической желтухой в связи с тяжелой интоксикацией и перитонитом по экстренным показаниям после предоперационной подготовки в течение 12–24 часов у 16 (17%) выполнены открытая холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием по Керу. Из них умерло 6 (37%).

По срочным показаниям в течение 24–72 часов при сохранении или нарастании воспалительно-деструктивного процесса в желчном пузыре, септическом холангите на фоне адекватной консервативной терапии и предоперационной подготовки оперировано 28 (29%). Умерло 8 (28%).

Отсроченные операции (5–10 суток) выполнены у 52 (54%). Умерло 6 (11%).

Оперативное вмешательство в два этапа (дренирование + радикальная операция) осуществлены у 44 заболевших (45%), из них умерло 5 (11%).

Остальным 52 пациентам выполнены одномоментная холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование по Керу — 43, холецистэктомия и билиодигестивный анастомоз — 9. Умерло 15 (28,8%).

Всего из 96 больных умерло 20 (21%): в возрасте 60–75 лет — 7 человек, старше 75 лет — 13 (с тяжелой сопутствующей патологией).

Анализ результатов этих выполненных вмешательств показал, что летальность больных с острым холециститом и механической желтухой зависит от тяжести воспалительного процесса, сроков выполнения операции, операционной травмы и тяжести сопутствующей патологии.

С механической желтухой без острого холецистита пролечено 172 больных. Этим больным на первом этапе старались выполнить мини-инвазивные вмешательства для снятия билиарной гипертензии и создания условий для адекватного оттока желчи: ЭПСТ с литоэкстракцией выполнена 76 (40%) больным, чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под ультразвуковым наведением — 52 (30%), лапароскопическая холецистостомия — 20 (12%), холецистостомия из мини-доступа под местной анестезией — 14 (8%). Первый этап выполнить не удалось у 10 (5%) больных, и они были оперированы одномоментно.

Второй этап операции — холецистэктомия — из 162 больных выполнена у 69 (44%): лапароскопически — у 12, через мини-доступ — у 36, открытым путем — у 21. Остальные больные были выписаны под амбулаторное наблюдение хирурга: из-за отказа — 67 и 26 — по тяжести состояния.

Из всех 162 больных после первого этапа умерло 17 (10%), из 69 больных, которым был выполнен второй этап, умерло 4 (5,7%).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. и др. // Клинический геронтолог. — 2008. — № 4. — С. 15–18.
2. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар, 2009. — 568 с.
3. Гостищев В. К., Сажин В. П., Авдоденко А. Л. Перитонит. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. — 240 с.
4. Ермолов А. С. // Анналы хирургии. — 1998. — № 3. — С. 13–24.

После второго этапа операции для профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений помимо эластической компрессии и ранней активизации 57 больным со вторых суток назначали низкомолекулярные гепарины (фраксипарин 30 мг/сут или клексан 40 мг/сут). Тромбоэмболия в этой группе отмечена у 2 (3,5%), в контрольной — у 3 (25%) больных из 12. Тромбогеморрагических осложнений после назначения низкомолекулярных гепаринов не отмечено.

Результаты анализа показали, что из 268 больных с механической желтухой на почве холедохолитиаза умерло 41 (15,2%). Причинами летальности явились: прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность — в 26 (63,4%), гнойный холангит с развитием билиарного сепсиса — в 6 (14,6%), панкреонекроз — 4 (9,8%), острая сердечно-сосудистая недостаточность — 4 (9,8%), массивная тромбоэмболия легочной артерии — 1 (2,4%). Остальные 84,8% выписаны с полным выздоровлением или улучшением.

## ВЫВОДЫ

1. При сочетании острого деструктивного холецистита и холедохолитиаза с механической желтухой сроки ликвидации воспалительного процесса и билиарной гипертензии должны быть максимально сокращены.

2. Хирургическое лечение механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста в отсутствие непредвиденных ситуаций целесообразно выполнять в два этапа: первый — дренирование, второй — основное оперативное вмешательство.

3. Методами выбора на первом этапе являются мини-инвазивные технологии: ЭПСТ и микрохолецистостомия под ультразвуковым наведением, лапароскопически или через мини-доступ.

4. Особое внимание при ведении больных геронтологического возраста в до- и раннем послеоперационном периоде следует уделять программе интенсивной коррекции гомеостаза, которая должна обязательными компонентами включать: детоксикационную, антибактериальную (фторхинолоны, карбапенемы), спазмолитическую, гепатопротекторную (Гепа-мерц 20–40 мл/сут), иммунную (иммунофарм, галавит, миелотид, ликопид и др.), антиферментную (Октреатид), противоязвенную терапию (Квамател), средства, направленные на улучшение микроциркуляции и обменных процессов (витамины, актовегин), при наличии энцефалопатии — нейропротекторы и антиоксиданты, при выраженном эндотоксикозе — плазмаферез или гемофильтрацию.

5. Затевахин И. И., Цициашвили М. Ш., Дзарасова Г. Ж. и др. // Анналы хирургич. гепатол. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 113–124.
6. Мумладзе Р. Б., Чечерин Г. М., Баранов Ю. В. // Клинический геронтолог. — 2008. — № 4. — С. 17–21.
7. Петухов В. А., Кузнецов М. Р., Болдин Б. В. // Анналы хирургии. — 1998. — № 1. — С. 12–18.
8. Pereira-Lima J. C., Rynkowski C. B., Rhoden E. L. // Hepatogastroenterology. — 2001. — Vol. 48, № 41. — P. 1271–1274.