

дии: сб. тез. конф. детских травматологов-ортопедов России. - М., 2001. - С. 253-255.

5. Лагунова И.Г. Клинико-рентгенологическая диагностика дисплазии скелета. - М.: Медицина, 1989. - 255 с.

6. Мальченко О.А. Возможности консервативного лечения спондилолистеза у детей // Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии, ошибки и осложнения: мат-лы симп. детских травматологов-ортопедов России. - СПб., 2003. - С. 212-213.

7. Cotrel Y. C-D instrumentation in spine surgery. Principles, techniques, mistakes and traps // Sauramps Medical, 11 Boulevard Henry IV - 34 000. - Montpellier. - 1992. - 159 p.

8. Sanders W.B., Tachdgian M.O. Pediatric orthopedics. - Philadelphia, London, 1990. - P. 549-553.

9. Shiowilz S. Evaluation of the pelvis and sacrum, in an osteopathic Approach to diagnoses and treatment. - 1991. - P. 204-206.

Координаты для связи с авторами: Селиверстов П.В.
e-mail: pav@igodkb.ru



УДК 616.367 - 089

**Н.В. Ташкинов¹, Е.В. Николаев¹, Н.И. Бояринцев¹, А.Д. Андриенко²,
А.В. Сучков², А.А. Штука², В.Е. Бак²**

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹;
Городская клиническая больница №11², г. Хабаровск*

Частота летальных исходов при хирургическом лечении острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у больных пожилого и старческого возраста составляет от 30 до 43% [2, 4, 7, 13]. Внедренная в клиническую практику в 1974 г. эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в последующие годы практически полностью вытеснила открытую хирургию в лечении холедохолитиаза у больных геронтологической группы, а лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала операцией выбора в лечении острого калькулезного холецистита, особенно у больных пожилого и старческого возраста [5, 8, 9, 12].

В то же время, по мере накопления опыта стали выявляться и недостатки распространенного в настоящее время двухэтапного (ЭПСТ + ЛХЭ) лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом. Было установлено, что экстракция конкрементов и контактные методы литотрипсии при ЭПСТ были неэффективны в 10-30% случаев, и это заставляло в дальнейшем отказываться от проведения ЛХЭ в пользу «открытой» холецистэктомии и холедохолитотомии [6, 11].

Стремление к расширению возможностей эндохирургического лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, привело к внедрению в практику таких вмешательств, как лапароскопическая холедохолитотомия, лапароскопическая интраоперационная антеградная папиллосфинктеротомия, лапароскопическая

холедоходуоденостомия, лапароскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия и т.д. [1, 3, 10, 14, 15].

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 157 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, перенесших хирургические и эндохирургические вмешательства за период с января 1998 по июнь 2008 г. Все больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 59 больных, оперированных с января 1998 по декабрь 2002 г. В этот период времени основным методом лечения холедохолитиаза была эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которую стремились выполнять до удаления желчного пузыря. При невозможности или неудачных попытках устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ больным выполнялась «открытая» холедохолитотомия или «открытый» билиодигестивный анастомоз. Основным методом лечения острого калькулезного холецистита была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), которая выполнялась через 1-2 дн. после устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ. При невозможности или неудачных попытках проведения ЛХЭ выполнялась «открытая» холецистэктомия.

В основную группу вошли 98 больных, оперированных с января 2003 по июнь 2008 г. В этой группе больных тактика лечения заключалась в первоначальном выполнении

ЭПСТ с целью устранения холедохолитиаза с последующим проведением ЛХЭ через 1-2 дн. после эндоскопического вмешательства. При неудачных или неэффективных попытках устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ больным предпринимались попытки устранения холедохолитиаза с помощью лапароскопических вмешательств. При невозможности или неудачных попытках выполнения лапароскопических вмешательств на желчевыводящих протоках проводились «открытые» операции.

Результаты и обсуждение

Характер оперативного лечения больных контрольной группы представлен в табл. 1. Как видно из этой таблицы, двухэтапное эндохирургическое лечение (ЭПСТ + ЛХЭ) острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, удалось выполнить у 19 (32,2%) из 59 больных. Еще в 12 (20,3%) случаях ЭПСТ сочеталась с «открытой» холецистэктомией. ЛХЭ у этих больных не удалось выполнить по ряду объективных причин. ЛХЭ в сочетании с холедохолитотомией была предпринята у 3 и успешно завершена у 2 больных. В этот период времени лапароскопическая холедохолитотомия применялась эпизодически и не расценивалась как альтернатива «открытой» операции. Наиболее часто у этой группы больных применялась «открытая» холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией, которая была выполнена в 26 (44,1%) случаях.

Полностью эндохирургические операции и сочетание эндохирургических и «открытых» операций при остром

Таблица 1

Характер операций в контрольной группе у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом

Характер операций	Кол-во больных	%
ЭПСТ + ЛХЭ	19	32,2
ЛХЭ + холедохолитотомия	2	3,4
ЭПСТ + «открытая» холецистэктомия	12	20,3
«Открытая» холецистэктомия + холедохолитотомия	26	44,1
Всего	59	100

Таблица 2

Характер операций в основной группе у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом

Характер операций	Кол-во больных	%
ЭПСТ + ЛХЭ	48	49,0
ЛХЭ + лапароскопическая холедохолитотомия	17	17,3
ЛХЭ + антеградная папиллосфинктеротомия	3	3,1
ЛХЭ + супрадуоденальная холедоходуоденостомия	3	3,1
ЛХЭ + трансдуоденальная папиллосфинктеротомия	1	1,0
ЭПСТ + «открытая» холецистэктомия	15	15,3
«Открытая» холецистэктомия + холедохолитотомия	9	9,2
«Открытая» холецистэктомия + БДА	2	2,0
Всего	98	100

Примечание. ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия; ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия; БДА — билиодigestивный анастомоз.

Резюме

Анализируется опыт хирургического и эндохирургического лечения 157 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, за 10-летний период — с 1998 по 2008 г. Применение с 2003 г. лапароскопической холедохолитотомии и лапароскопических билиодigestивных анастомозов в дополнение к применявшейся эндоскопической папиллосфинктеротомии, лапароскопической холецистэктомии и «открытым» операциям, позволило уменьшить летальность с 10,2 до 1% случаев.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая холедохолитотомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

N.V. Taschkinov, E.V. Nikolaev, N.I. Boyarintzev, A.D. Andrienko, A.V. Sutshkov, A.A. Shtuka, V.E. Bak

ADVANCES IN SURGERY AND ENDOSURGERY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS, ASSOCIATED WITH BILE DUCT STONES, IN ELDERLY PATIENTS

Far Eastern State Medical University;
Hospital №11, Khabarovsk

Summary

For a 10 year period (1998-2008) 157 elderly patients underwent endoscopic, laparoscopic and «open» operations for acute cholecystitis, associated with bile duct stones. Since 2003, when laparoscopic common bile duct exploration and laparoscopic anastomosis were added to laparoscopic cholecystectomy, endoscopic sphincterotomy and «open» surgery, mortality rate decreased from 10,2 to 1%.

Key words: acute cholecystitis, bile duct stones, laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic choledocholithotomy. endoscopic papillosphincterotomy.

холецистите, осложненном холедохолитиазом, не сопровождались тяжелыми осложнениями и летальными исходами, в то время как при проведении «открытой» холецистэктомии в сочетании с холедохолитотомией имели место тяжелые гнойно-септические осложнения и осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы у 13 (22,0%) больных, что привело к летальным исходам в 6 (10,2%) случаях.

Характер оперативного лечения больных основной группы представлен в табл. 2. Как видно из этой таблицы, двухэтапное эндохирургическое лечение (ЭПСТ + ЛХЭ) острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, было успешным у 48 (49%) из 98 больных пожилого и старческого возраста. Еще в 15 (15,3%) случаях ЭПСТ сочеталась с «открытой» холецистэктомией.

ЛХЭ в сочетании с лапароскопической холедохолитотомией была выполнена в 17 случаях. У большинства этих больных предпринимались попытки ЭПСТ, которые были неудачными (локализация БДС в дивертикуле) или неэффективными (крупные камни гепатикохоледоха, локализация их в супрадуоденальном отделе холедоха, невозможность их удаления корзинкой Dormia).

Еще в 3 случаях была произведена ЛХЭ в сочетании с интраоперационной антеградной папиллосфинктеротомией. У 2 из этих больных во время ЛХЭ при интраоперационной холангиографии был обнаружен холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС, что потребовало выполнения интраоперационно антеградной папиллосфинктеротомии. В 1 случае диагноз холедохолитиаза в сочетании с папиллостенозом был установлен до ЛХЭ, но в связи с тем, что выполнить ЭПСТ не удалось, была произведена интраоперационная антеградная папиллосфинктеротомия во время ЛХЭ.

ЛХЭ в сочетании с супрадуоденальной холедоходуоденостомией была произведена в 3 случаях. Показанием к этой операции было сочетание множественного холедохолитиаза с папиллостенозом у больных с резко расширенным (более 2,5 см) гепатикохоледохом. В связи с тем, что конкременты располагались в супрадуоденальном отделе холедоха, выполнение ЭПСТ у этих больных было заведомо неэффективным.

У 1 больной с холедохолитиазом и стенозом БДС последний располагался в дивертикуле, что не позволяло выполнить ЭПСТ и интраоперационную антеградную папиллосфинктеротомию. Супрадуоденальная холедоходуоденостомия была не показана в связи с небольшой (1,2 см) шириной гепатикохоледоха. Больной была произведена лапароскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия по методике, аналогичной «открытой» операции.

«Открытая» холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией была произведена у 9 (9,2%) больных. Еще у 2 больных во время проведения «открытой» холецистэктомии было выявлено сочетание холедохолитиаза с папиллостенозом. Больным произведена холедохолитотомия в сочетании с билиодигестивными анастомозами: супрадуоденальной холедоходуоденостомией (1 больной) и трансдуоденальной папиллосфинктеротомией (1 больной).

Таким образом, в группе больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, у которых применялись эндохирургические операции, тяжелых осложнений и летальных исходов не было, в то время как проведение «открытой» холецистэктомии в сочетании с холедохолитотомией сопровождалось летальным исходом у 1 (1%) больной с гнойно-септическими осложнениями.

Выводы

1. При остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных пожилого и старческого возраста оптимальным является последовательное применение эндоскопической папиллосфинктеротомии и лапароскопической холецистэктомии.

2. При неудачных попытках устранения холедохолитиаза с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии показано одномоментное выполнение лапароскопической холецистэктомии и холедохолитотомии.

3. Лапароскопические билиодигестивные анастомозы могут применяться при сочетании холедохолитиаза и папиллостеноза после неудачных попыток выполнения стандартной ЭПСТ.

4. Примененный алгоритм лечения, основанный на расширении показаний к применению эндоскопических и лапароскопических вмешательств при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных по-

жилого и старческого возраста, позволил статистически достоверно ($p < 0,001$) снизить летальность с 10,2% в контрольной группе до 1% в основной группе больных.

Л и т е р а т у р а

1. Андреев А.Л., Майстренко Н.А., Сухопара Ю.Н. Лапароскопическая холедохолитотомия // Пленум правления Ассоциации эндоскопической хирургии: мат-лы пленума. - СПб., 2003. - С. 20-27.

2. Ахтамов Д.А. Причины летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста и пути ее снижения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самарканд, 1995. - 39 с.

3. Байдо С.В., Дудченко М.А. Опыт лапароскопической холедохолитотомии // Эндоскоп. хирургия. - 2007. - №1. - С. 20-21.

4. Вечерко В.Н., Курденкова З.В., Конопля П.П. Хирургическое лечение холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая хирургия. - 1995. - №11. - С. 19-20.

5. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Ходос Г.В. Эндовидеохирургические технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложненных форм // Избранные лекции по эндовидеохирургии. - СПб., 2004. - С. 39-48.

6. Нестеренко Ю.А., Бурова В.А., Тронин Р.Ю. Возможности, ограничения и осложнения эндобилиарных вмешательств у больных с холедохолитиазом: тез. докл. XII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2008. - С. 295-296.

7. Прикупец В.Л. Острый осложненный холецистит у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1988. - 59 с.

8. Ревякин В.И., Гринев С.В., Прокушев В.С. Тактика рентгеноэндоскопического лечения холедохолитиаза // Эндоскоп. хирургия. - 2008. - №2. - С. 3-9.

9. Сажин В.П., Юрищев В.А., Климов Д.Е. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургия. - 2006. - №2. - С. 117-118.

10. Снигирев Ю.В., Трошкин В.В., Модзелевская С.М. и др. Возможности интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии // Эндоскоп. хирургия. - 2003. - №2. - С. 126-127.

11. Стрельников Е.В., Куприянов С.М., Жилин О.В. и др. Обоснование последовательности применения малоинвазивных вмешательств у больных механической желтухой при множественном холедохолитиазе // Эндоскоп. хирургия. - 2000. - №3. - С. 45.

12. Bender J., Duncan M., Freeswick P. et al. Increased laparoscopic experience does not improved results with acute cholecystitis. // Am. J. Surg. - 2002. - Vol. 184, №6. - P. 591-595.

13. Borzellino G., Tasselli S., Zerman G. Results of surgical treatment of acute cholecystitis. Prospective study of 280 cases. // G. Chir. - 2002. - Vol. 23, №3. - P. 79-84.

14. Hiroshi H. Eiji S., Shunichiro K. et al. Laparoscopic choledocholithotomy in the Extremely Elderly // J. Abdominal Emergency medicine. - 2004. - Vol. 24, №7. - P. 1149-1154.

15. Topal B., Aerts R., Penninckx F. Laparoscopic common bile duct stone clearance with flexible choledochoscopy // Surgical Endoscopy. - 2007. - Vol. 21, №12. - P. 2317-2321.

Координаты для связи с авторами: Ташкинов Н.В.
e-mail: k_hfuv@fesmu.ru

