

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.366-003.7-053.9-089

Н.А.Майстренко, В.С.Довганюк, А.А.Феклюнин, Е.Ю.Струков, Ф.Х.Азимов

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра факультетской хирургии им. С.П.Федорова (зав. — чл.-кор. РАМН проф. Н.А.Майстренко)
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, больные пожилого и старческого возраста, хирургическая тактика.

Введение. Актуальность проблемы лечения лиц пожилого и старческого возраста, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), обусловлена высокой частотой данного заболевания, наличием тяжелых системных расстройств гомеостаза, связанных с осложнениями основного заболевания и сопутствующей патологией, а также развитием синдрома взаимного отягощения, что затрудняет проведение анестезии и выполнение оперативного вмешательства у большинства пациентов [10, 13].

Лица старше 60 лет представляют возрастную группу, стремительно увеличивающуюся в структуре популяции экономически развитых стран. Прогнозируется ее увеличение в процентном отношении к общему населению с 17,4% в 2000 г. до 20% — к 2014 г. При сохранении этой тенденции в 2050 г. возрастная группа старше 60 лет будет составлять 35,7% от общего населения этих стран [7, 22]. Сегодня в отдельных регионах России каждый пятый житель — старше 60 лет [5]. Особенно ярко это прослеживается в Санкт-Петербурге, где каждый четвертый житель города (23,1%) — представитель старших возрастных групп [12].

Особую актуальность приобретают вопросы обоснованной адекватной хирургической тактики при развитии осложнений ЖКБ, так как операции, выполняемые в неотложном порядке у больных пожилого и старческого возраста, сопровождаются большим количеством осложнений (до 33,7%) и высокой летальностью 14,1–33% [1, 2, 8, 23].

Поэтому очевидна необходимость оптимизации хирургической тактики у больных старших возрастных групп, страдающих ЖКБ.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 697 больных пожилого и старческого возраста (согласно классификации ВОЗ) с ЖКБ и её осложнениями с

1996 по 2008 г., находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии им. С.П.Федорова ВМедА им. С.М. Кирова. Возраст больных колебался от 60 до 91 года [средний возраст — (68,6±3,4) года] (табл. 1).

По характеру морфологических изменений желчного пузыря и наличию осложнений ЖКБ больные разделены на группы (табл. 2).

Основными критериями для определения тактики лечения больных явилась оценка показателей гомеостаза, в том числе функциональных резервов пациента, и состояния желчевыводящих протоков.

При определении соматического статуса использовали дооперационные клиничко-лабораторные данные, ЭКГ, измерение АД, интегральную реографию тела (ИРГТ) с нагрузочной пробой, анализируя показатели центральной гемодинамики (сердечный индекс, ударный объем и др.) и их изменения при физической нагрузке. При наличии у больного нарушений сердечного ритма проводили холтеровское мониторирование. У пациентов с сопутствующими заболеваниями со стороны легких для определения выраженности дыхательной недостаточности и степени нарушения проходимости дыхательных путей оценивали функцию внешнего дыхания. Тяжесть соматического состояния, степень риска анестезии и оперативного вмешательства оценивали по шкале Американской Ассоциации анестезиологов (ASA). Интраоперационно проводили пульсоксиметрию, мониторинг ЭКГ и показателей гемодинамики. В послеоперационном периоде также выполняли мониторирование показателей гемодинамики, ЭКГ, оценку общих и биохимических анализов крови, рентгенографию легких.

При оценке состояния желчных путей у всех больных в дооперационном периоде использовали результаты клиничко-лабораторного обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопию с прицельной оценкой большого дуоденального сосочка

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст (лет)	Мужчины		Женщины		Итого больных	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
60–74	164	23,5	466	66,8	630	90,3
75–89	27	3,9	38	5,5	65	9,4
Старше 90	2	0,3	–	–	2	0,3
Всего	193	27,7	504	72,3	697	100

Таблица 2

Распределение больных по характеру морфологических изменений желчного пузыря и наличию осложнений ЖКБ

Нозологическая форма	Неосложненный		Осложненный		Итого
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Хронический калькулезный холецистит (ХКХ)	390	82,8	81	17,2	471
Острый калькулезный холецистит (ОКХ)	194	85,8	32	14,2	226

(БДС). Для выявления или подтверждения холедохолитиаза (ХЛТ) и других осложнений ЖКБ селективно выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), магнитно-резонансную холангиографию (МРХГ) [4, 9].

Интраоперационно выполняли ревизию и оценку общего желчного протока (ОЖП), чрездренажную холангиографию [9]. Дополнительно, в некоторых случаях, осуществляли зондирование БДС с целью определения его проходимости, ревизию культи пузырного протока, интраоперационное УЗИ панкреатобилиарной зоны.

Результаты и обсуждение. Практически у всех больных выявлялись сопутствующие заболевания, что с учетом данных объективных методов исследования позволило распределить пациентов по тяжести состояния в соответствии с классификацией ASA (табл. 3).

Эндовидеохирургические и малоинвазивные вмешательства выполнены 468 (67,2%) пациентам, традиционные операции — 229 (32,8%).

Способы оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста представлены в табл. 4.

Перечень традиционных операций приведен в табл. 5.

Варианты других операций приведены в табл. 6.

ЛХЭ при ХКХ выполнена у 299 (76,7%) больных, у 5 (1,6%) пациентов она завершилась лапаротомией. Причиной конверсии явились технические трудности, обусловленные выраженным рубцово-спаечным процессом в брюшной полости.

При выполнении лапароскопических операций у 28 пациентов с выявленным до операции, по данным ИРГТ, гиподинамическим типом кровообращения [снижение сердечного индекса до 1,7 л/(мин·м²) и ударного индекса — до 29 мл/м²] — создавали пониженное внутрибрюшное давление p_{CO₂} на уровне 6–8 мм рт. ст. У больных с искусственным водителем ритма (в 2 случаях) использовали ультразвуковой диссектор.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (1,3%) больных, в том числе у 2 пациентов — кровотечение из ложа желчного пузыря, потребовавшее релапароскопии, в 1 случае — подтекание желчи по дренажу, которое самостоятельно прекратилось на 4-е сутки. У 1 больной сформировался подпеченочный абсцесс, который был пунктирован и дренирован под контролем УЗИ. Летальных исходов после лапароскопических операций не было.

Таблица 3

Оценка степени риска анестезии и операции по тяжести соматического состояния больных

Степень тяжести по ASA	Неосложненный ХКХ (n=390)		Осложненный ХКХ (n=81)		Неосложненный ОКХ (n=194)		Осложненный ОКХ (n=32)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
II	59	15,0	11	13,6	32	16,5	5	14,3
III	291	74,7	65	80,2	134	69,1	20	64,6
IV	40	10,3	5	6,2	28	14,4	7	21,1

Таблица 4

Способы оперативных вмешательств

Оперативные вмешательства	ХКХ				ОКХ			
	неосложненный		осложненный		неосложненный		осложненный	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Эндовидеохирургические и малоинвазивные	304	77,9	55	45,7	127	61,9	13	40,6
Традиционные	86	22,1	26	54,3	67	38,1	19	59,4
Всего	390	100	81	100	194	100	32	100

Таблица 5

Традиционные оперативные вмешательства

Вариант операции	ХКХ	ОКХ	Итого
Холецистэктомия (ХЭ)	86	15	101
ХЭ, дренирование ОЖП по Холстеду	–	59	59
ХЭ, холедохолитотомия, Т-дренирование общего желчного протока (ОЖП)	21	12	33
ХЭ, холедоходуоденостомия	5	–	5
Всего	112	86	198

Таблица 6

Перечень эндовидеохирургических и малоинвазивных операций

Характер вмешательства	ХКХ	ОКХ	Итого
Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)	304	34	338
ЛХЭ, дренирование ОЖП по Холстеду	–	67	67
ЛХЭ, холедохолитотомия, Т-дренирование ОЖП	5	5	10
ЛХЭ+ЭПСТ	–	5	5
ЭПСТ+ЛХЭ	18	3	21
ЭПСТ	17	–	17
ЛХЭ+транспузырная литэкстракция	15	–	15
Пункционная холецистостомия под УЗ-контролем	–	26	26
Всего	359	140	499

Традиционная (открытая) ХЭ выполнена у 86 (22,1%) пациентов. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (9,3%) больных, в том числе у 2 пациентов — кровотечение из ложа желчного пузыря, с развитием гемоперитонеума, разлитого серозно-фибринозного перитонита, что потребовало релапаротомии. В 1 случае отмечалось подтекание желчи из ложа желчного пузыря с развитием разлитого желчного перитонита, также потребовавшее релапаротомии, и возникновение послеоперационного панкреатита у 1 пациентки, у 4 — нагноение послеоперационной раны. Послеоперационная летальность составила 2,3% (2 больных) в результате развития полиорганной недостаточности на фоне разлитого серозно-фибринозного перитонита.

ХКХ, осложненный ХЛТ, выявлен у 81 пациента, при этом 18 больным с высоким уровнем билирубина крови при отсутствии тенденции к его снижению на фоне консервативной терапии, для разрешения холестаза и холангита, как первый этап операции, на 3–4-е сутки производилась ЭПСТ с удалением конкрементов из ОЖП. В последующем этим пациентам была выполнена ЛХЭ. Лишь в 1 случае операция завершилась конверсией в связи с выраженностью спаечного процесса в подпеченочном пространстве.

У 17 больных из 81 с высоким операционно-анестезиологическим риском (IV группа по ASA) ограничивались лишь одним этапом — ЭПСТ,

позволяющей восстановить пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку, а также удалить камни из ОЖП. В 8 случаях развились осложнения: острый панкреатит — у 4 пациентов, ОКХ — у 1 больной, кровотечение из БДС в 3 случаях. У 3 больных — летальные исходы вследствие развития острого инфаркта миокарда, в 1 случае — холангиогенного сепсиса, с формированием полиорганной недостаточности. В отдельных случаях при наличии протяженной стриктуры терминального отдела ОЖП (4 больных), парафатерального дивертикула (1 больной) выполнено наложение билиодигестивного анастомоза.

У 15 пациентов использовали методику удаления конкрементов ОЖП через пузырный проток в ходе ЛХЭ. Показаниями для использования холедохолитэкстракции через пузырный проток являлись: ХЛТ, выявленный до операции, без выраженной механической желтухи и холангита у больных с невысоким операционным риском (II–III группа по ASA). При помощи корзиночки Дормиа, введенной через пузырный проток, фиксацию и удаление камня «вслепую» выполнили у 10 пациентов, в том числе в 3 случаях с несколькими конкрементами ОЖП. Захват конкремента под рентгеноскопическим контролем (у 5 пациентов) производился при неудачной попытке удаления камня «вслепую». В 5 случаях в связи с техническими трудностями при извлечении конкрементов корзиночкой Дормиа в послеопера-

ционном периоде выполнили ЭПСТ. Ограничением для применения этой методики являлись размеры конкрементов более 10 мм, камни проксимальной части ОЖП, воспалительные или рубцовые изменения в зоне печечно-двенадцатиперстной связки, тонкостенный и узкий пузырный проток, фиксированный конкремент в терминальном отделе ОЖП.

Из 15 пациентов у 11 операция завершена дренированием ОЖП по Холстеду для осуществления контроля за состоянием желчевыводящих протоков в послеоперационном периоде. У 4 больных дренирование не выполнялось, что было обусловлено извлечением одиночных конкрементов с хорошей проходимостью БДС по данным интраоперационной холангиографии. В послеоперационном периоде на 7-е сутки выполняли контрольную холангиографию через дренаж Холстеда. При отсутствии конкрементов в ОЖП дренаж удаляли на 9–12-е сутки. Эффективность данного метода устранения холедохолитиаза составила 66,7%. У 5 больных, которым не удалось удалить камни через пузырный проток, была выполнена послеоперационная ЭПСТ.

ХЭ с холедохолитотомией и Т-дренированием ОЖП была выполнена 26 пациентам: у 21 — традиционным и в 5 — лапароскопическим доступом. Данный способ лечения мы применяли у пациентов с одиночными или множественными конкрементами ОЖП, если их размеры превышали 10 мм в диаметре, и тяжесть сопутствующих заболеваний соответствовала II–III группе по ASA. При этом у 2 больных ЛХЭ с холедохолитотомией выполнена после ЭПСТ. В 1 случае это было связано с неудачной попыткой ЭПСТ вследствие большого размера и плотности конкремента. Другому больному пожилого возраста с выраженной механической желтухой и холангитом выполнили ЭПСТ с целью стабилизации состояния пациента, проведения предоперационной подготовки и оперативного вмешательства при меньшем операционно-анестезиологическом риске.

В 2 случаях после ХЭ, холедохолитотомии, Т-дренирования ОЖП послеоперационный период осложнился перфорацией острой язвы тонкой кишки, потребовавшей релапаротомии. У одной больной возникло кровотечение из ложа желчного пузыря, остановленное в ходе релапаротомии. Летальный исход в 1 случае развился вследствие полиорганной недостаточности, причиной которого явился послеоперационный панкреатит.

Всего за время наблюдения в клинике лечились 226 (32,4%) больных старшей возрастной группы с различными патоморфологическими формами ОКХ. При этом деструктивные изменения в желчном пузыре при гистологическом исследовании

удаленного органа выявлены в 74,7% случаев (54,9% — флегмонозные, 19,8% — гангренозные).

При наличии у больных неосложненного ОКХ выполнялась одномоментная операция — ХЭ с дренированием ОЖП по Холстеду (152 пациента). Из них лапароскопически — в 67 случаях, традиционно — в 59. У 42 больных дренирование не выполнялось из-за облитерации пузырного протока или возникновении технических трудностей в зоне оперативного вмешательства. Больным, у которых ОКХ осложнился развитием перитонита (7 человек), осуществляли экстренную операцию по жизненным показаниям.

У 16 пациентов с неосложненным ОКХ с низкими резервными возможностями (IV группа по ASA) использовали пункционную холецистостомию под УЗ-контролем. Также эту малоинвазивную методику вне зависимости от группы ASA применили у 10 больных с длительностью заболевания более 3 сут от начала болевого приступа, при наличии, по данным УЗИ, сохраняющегося «блока» желчного пузыря на фоне консервативной терапии, выраженных перипузырных воспалительных изменений.

У 25 пациентов ОКХ был осложнен ХЛТ. С учетом всех диагностических возможностей ХЛТ до операции был установлен у 14 (56,0%) больных. Еще у 5 (20,0%) пациентов наличие конкрементов в желчных протоках было заподозрено и подтверждено во время операции. ЭПСТ до операции выполнили у 3 больных с сопутствующими заболеваниями со стороны системы кровообращения (гипертонической болезнью III стадии; постинфарктным кардиосклерозом, сердечной недостаточностью III степени по NYHA), длительной механической желтухой (до 2 нед), обусловленной фиксированным камнем терминального отдела ОЖП, прогрессирующим острым гнойным холангитом.

ЭПСТ после ХЭ (8 больных), как правило, выполняли по поводу резидуального ХЛТ, когда не было возможности устранить оставленные протоковые конкременты через наружный желчный дренаж. В 1 случае развился летальный исход вследствие инфаркта миокарда.

Неоперативное удаление протоковых камней и их фрагментов через наружный желчный дренаж в раннем послеоперационном периоде выполнено у 5 пациентов. У 17 (55%) больных ОКХ, осложненный ХЛТ, выполнили одноэтапное удаление воспаленного желчного пузыря и протоковых камней. При этом традиционное вмешательство выполнено у 12 пациентов, эндовидеохирургическое — у 5.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 12 (5,4%) больных с ОКХ, в том числе у 3 пациентов — нагноение послеоперационной

раны после традиционного вмешательства, в 2 случаях — развитие послеоперационного панкреатита, у 2 пациентов — кровотечение из острых язв желудка, остановленное эндоскопически, в 1 случае — кровотечение в брюшную полость из троакарной раны, у 2 больных — развитие желчного перитонита, потребовавшее релапароскопии. У 3 пациентов, вследствие инфаркта миокарда, развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность с летальным исходом. Послеоперационная летальность составила 1,8%.

Как показало наше исследование, выбор рациональной хирургической тактики у больных с ЖКБ старшей возрастной группы зависит не от возраста пациентов, а от результатов оценки их соматического статуса, степени и возможности его предоперационной коррекции, наличия и вида осложнений основного заболевания, а также состояния желчевыводящей системы на разных этапах диагностики и лечения.

Большое значение придавали выявлению скрытых расстройств функции кровообращения и дыхательной системы у этой категории больных, а также определению тяжести соматического состояния, степени риска анестезии и оперативного вмешательства с использованием шкалы ASA. Установлено, что из 471 больного с ХКХ 426 (90,4%) — отнесены к II и III группе ASA, что не затрудняло выполнение вмешательства. Разделяя мнение R.Vecchio и B.V.MacFadyen [27], у больных с ХКХ, осложненным ХЛТ, во II и III группе ASA мы придерживались тактики одноэтапного оперативного лечения. Вместе с тем, большинство хирургов предлагают производить двухэтапные вмешательства (ЭПСТ с извлечением конкрементов на первом этапе, а затем ЛХЭ) [3, 19, 23, 24]. На начальном этапе нашей работы мы также придерживались этой тактики. Однако, как показал наш опыт и результаты других авторов, двухэтапное лечение нередко приводит к увеличению числа осложнений, характерных для каждой из операций [15, 17, 22]. Учитывая это обстоятельство и высокий уровень летальности после ЭПСТ у больных данной категории, выполнение этой методики считаем необходимым по строгим показаниям — при нарастающей механической желтухе, резидуальном ХЛТ и папиллостенозе. При этом именно объективная оценка функционального состояния основных систем гомеостаза больных пожилого и старческого возраста позволила широко использовать ЛХЭ, а при ХЛТ — холедохолитотомию или холедохолитэкстракцию через пузырный проток.

Особое внимание уделяли больным с ХКХ, которые были отнесены к IV группе ASA. Таких пациентов было 45 (9,6%). Им проводилась комплексная предоперационная подготовка в течение

7–8 дней, направленная на коррекцию сопутствующей патологии с последующей оценкой функционального состояния. При этом было отмечено, что 33,5% больных в результате подготовки переходили в III группу, что позволяло более широко использовать возможности эндовидеохирургии.

Одной из наиболее сложных и трудных задач является лечение больных с ОКХ пожилого и старческого возраста. По данным ряда авторов, частота осложнений в интра- и послеоперационном периоде колеблется от 12 до 56%. Послеоперационная летальность в этой группе достигает 11–13%, а в возрасте старше 80 лет умирают до $\frac{1}{3}$ оперированных [25, 26]. Основными критериями выбора хирургической тактики являлись: выраженность морфологических изменений стенки пузыря, наличие осложнений (перитонит, механическая желтуха, холангит), выраженность эндотоксикоза, степень операционно-анестезиологического риска. Учет этих критериев определяет срочность оперативного вмешательства, длительность предоперационной подготовки, возможность полноценного дооперационного обследования и выбора адекватного способа и объема оперативного пособия.

При оценке соматического статуса больных по классификации ASA оказалось, что 85,6% из них относились к II и III группе. Мы рассматривали их как пациентов с невысокой степенью операционно-анестезиологического риска и прогнозируемым благоприятным исходом операции, и приоритет отдавали активной хирургической тактике. У пациентов IV группы (14,6%) предполагали высокую степень операционного риска. Выполнение операции в экстренном порядке у этих больных было сопряжено с высокой вероятностью развития осложнений со стороны кровообращения и дыхательной системы, а также летального исхода. Поэтому пациентам данной группы, при отсутствии абсолютных показаний к оперативному лечению, выполняли малоинвазивное хирургическое вмешательство (пункционную холецистостомию под УЗ-контролем), что позволяло осуществить декомпрессию желчного пузыря, предотвратить развитие синдрома «взаимного отягощения» и прогрессирование ОКХ, устранить интоксикацию и перевести больных в группу с меньшим операционно-анестезиологическим риском [11, 16, 18, 20].

Приверженность тактике активного хирургического лечения с использованием современных технологий позволила снизить послеоперационную летальность при неосложненном ОКХ в последние годы до 1,03% (1 летальный исход — вследствие острого инфаркта миокарда, 1 — из-за тромбоэмболии легочной артерии).

Проблема хирургического лечения больных с ОКХ, осложненным ХЛТ, — одна из самых сложных в неотложной желчной хирургии. Важную роль в лечении этой патологии играет диагностика не только ОКХ и ХЛТ, но и определение места и эффективности используемых традиционных, эндовидеохирургических и малоинвазивных технологий [14].

Ограниченность во времени и диагностических ресурсах при активной хирургической тактике определяет необходимость широкого использования неинвазивных методов диагностики, обладающих максимальной эффективностью.

Применяемое в настоящее время УЗИ в диагностике ХЛТ при ОКХ является достаточно эффективным методом обследования. По нашим данным, камни в желчных протоках с учетом прямых признаков ХЛТ выявлены в 24,0% случаев (6 больных), с учетом косвенных признаков — в 72,0% (18 пациентов), что связано с частым расположением камней в терминальном отделе ОЖП, который заслоняется головкой поджелудочной железы и газом в двенадцатиперстной кишке. У части больных (8 пациентов) в дооперационной диагностике ХЛТ мы использовали МРХГ, которая позволяет достоверно выявлять протоковые конкременты, представить особенности строения желчевыводящих путей и соотношения их с соседними анатомическими структурами [4].

Большое значение мы придаем проведению интраоперационной холангиографии, информативность которой, по нашим данным, составила 98,3%, что согласуется с данными других авторов [21]. В 19,7% случаев только благодаря этой методике были выявлены камни ОЖП. Для повышения качества диагностики ХЛТ мы использовали интраоперационное УЗИ, безусловным показанием к которому является невозможность выполнения интраоперационной холангиографии в условиях выраженных инфильтративно-воспалительных изменений в гепатодуоденальной связке при ОКХ. Вместе с тем, диагностический поиск протоковых камней не должен заканчиваться на операции [6]. По нашим данным, у 7 больных с ОКХ только после операции был выявлен резидуальный ХЛТ при контрольной чрездренажной холангиографии. Это стало возможным благодаря выполнению обязательного наружного дренирования желчных протоков при ОКХ.

В лечении больных с ОКХ, осложненным ХЛТ, мы использовали практически весь спектр хирургических вмешательств: традиционных, эндовидеохирургических, эндоскопических и малоинвазивных. Это обстоятельство было обусловлено рядом объективных причин, включавших особенности патологического процесса, общее состояние больного, возможностями оказа-

ния специализированной хирургической помощи дежурной врачебной бригадой.

Наше исследование определило три принципиальных способа устранения ХЛТ при ОКХ: удаление камней до-, во время и после ХЭ, равно как и два типа операций: традиционные и лапароскопические. Разное сочетание этих подходов и формирует весь спектр оперативного лечения. У пациентов без тяжелых сопутствующих заболеваний, не требующих специальной предоперационной подготовки, в том числе направленной на устранение механической желтухи (II–III группа ASA), предпочтительным вариантом лечения было одноэтапное удаление воспаленного желчного пузыря и протоковых камней. Такой способ лечения нами применялся у 17 больных. К достоинствам данного подхода относятся одномоментная ликвидация патологического процесса и сокращение сроков лечения.

Двухэтапный способ лечения больных с ОКХ, осложненным ХЛТ, применялся в разной последовательности: в 3 случаях — удаление протоковых камней до операции с последующей ХЭ; в 5 — устранение ХЛТ в раннем послеоперационном периоде после ХЭ. Определение подходов зависело не только от ведущего патологического звена в системе ОКХ — холедохолитиаз, но и от особенностей операции. Задачей первого этапа лечения в этом случае являлись декомпрессия желчевыводящих путей и устранение интоксикации. Выбор способа операции при ОКХ, осложненном ХЛТ, определялся местными изменениями в области панкреатобилиарной зоны и осложнениями основного заболевания, по данным дооперационного обследования, и интраоперационной ревизии. Показаниями к выполнению открытых операций (12 больных) являлись выраженные воспалительно-инфильтративные изменения в области гепатодуоденальной связки, затрудняющие поиск анатомических структур, разлитой перитонит, абсцессы брюшной полости, синдром Мирицци. Традиционные операции выполнялись также больным с низкими резервами со стороны системы кровообращения, по данным ИРГТ, у которых создание пневмоперитонеума было противопоказано. У остальных 13 больных операции выполнены с использованием эндовидеохирургической техники.

Выводы. 1. Дифференцированный, индивидуализированный подход к выбору рациональной хирургической тактики при лечении пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих ЖКБ и ее осложнениями, не может быть исчерпывающим без разделения больных на клинические группы с учетом тяжести соматического состо-

яния больных, формы заболевания и наличия осложнений.

2. Полноценное комплексное обследование, оценка показателей гомеостаза, функциональных резервов больных и состояния желчевыводящих протоков обеспечивают выбор оптимальных сроков и методов вмешательства.

3. Использование современных малоинвазивных диагностических и лечебных технологий значительно снижает риск оперативного вмешательства, уменьшает число осложнений и, тем самым, улучшает результаты хирургического лечения больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Александрова Р.А. Осложнения желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.—2006.—№ 3.—С. 22–28.
- Алиев А.С. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста // Хирургия.—1998.—№ 4.—С. 25–28.
- Балалыкин А.С., Жандаров А.В., Снигирев Ю.В. и др. Эндоскопическая папиллотомия при холангиолитиазе: доступы, принципы, эффективность // Эндоскоп. хир.—2004.—№ 2.—С. 16–22.
- Васильев А.Ю., Ратников В.А. Магнитно-резонансная холангиография в диагностике заболеваний желчевыводящих путей.—М.: Медицина, 2006.—200 с.
- Волкова Л.И., Штейнгард Ю.Н. Основы клинической гериатрии.—Томск: Сиб. ГМУ, 2006.—192 с.
- Емельянов С.И., Шулуто А.М., Совцов С.А. и др. Резолюция пленума правления Российской Ассоциации эндоскопической хирургии и Уральской межрегиональной конференции хирургов «Хирургия деструктивного холецистита» // Эндоскоп. хир.—2003.—№ 2.—С. 35.
- Карюхин Э.В. Старение населения: демографические показатели // Клин. геронтол.—2000.—№ 1.—С. 56–61.
- Лещенко И.Г., Галкин Р.А. Руководство по хирургическим болезням пожилых.—Самара: Самарск. дом печати, 2004.—432 с.
- Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз.—СПб.: Элби-СПб., 2000.—288 с.
- Малярчук В.И. Хирургия калькулезного холецистита в геронтологической практике // Клин. геронтол.—2004.—№ 2.—С. 22–28.
- Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Бузова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия.—2003.—№ 10.—С. 41–44.
- Пушкова Э.С., Ленская Л.В. Долгожительство в Санкт-Петербурге: основные медицинские проблемы и потребность в медицинской помощи // Успехи геронтол.—2003.—Вып. 12.—С. 82–90.
- Толстокооров И.Г., Яцын А.М., Гонтарев И.Н., Осипов Е.С. Видеолапароскопические холецистэктомии у гериатрических больных в отделениях ургентной хирургии // Эндоскоп. хир.—2006.—№ 1.—С. 12–13.
- Чумак Р.А. Хирургическое лечение острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом: Дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2005.—148 с.
- Шулуто А.М., Данилов А.И., Богородская М. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия или интраоперационная холедохолитотомия — что безопаснее в эпоху малых доступов? // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». Москва, 22–23.04.1998 г. / Под ред. Ю.И.Галлингера.—М., 1998.—С. 96–98.
- Byrne M.F., Suhocki P., Mitchell R.M. et al. Percutaneous cholecystostomy in patients with acute cholecystitis: experience of 45 patients at a US referral center // J. Am. Coll. Surg.—2003.—Vol. 197.—P. 206–211.
- Cervantes J., Rojas G. Choledocholithiasis: new approach to an old problem // World J. Surg.—2001.—Vol. 25.—P. 1270–1272.
- Granlund A., Karlson B.M., Elvin A., Rasmussen I. Ultrasound-guided percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients // Langenbecks Arch. Surg.—2001.—Vol. 386, № 3.—P. 212–217.
- Gulla N., Patrity A., Trisiaino B. Minimally invasive treatment of cholelithiasis in the elderly // Minerva Chir.—2001.—Vol. 56.—P. 223–228.
- Kitano S., Matsumoto T., Aramaki M., Kawano K. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.—2002.—№ 9.—P. 534–537.
- Koksal N. Cholecystocholangiography during laparoscopic cholecystectomy // Surg. Today.—2001.—Vol. 31.—P. 877–880.
- Kwon A.-H., Matsui Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over // World J. Surg.—2006.—Vol. 30.—P. 1204–1210.
- Mo L.-R., Chang K.-K., Wang C.-H. et al. Preoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of patients with cholecystocholelithiasis // J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.—2002.—№ 9.—P. 191–195.
- Ponsky J.L., Heniford B.T., Gersin K. Choledocholithiasis: evolving intraoperative strategies // Am. Surg.—2000.—Vol. 66, № 3.—P. 262–268.
- Tambyraja A.L., Kumar S., Nixon S.J. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients 80 years and over // World J. Surg.—2004.—Vol. 28.—P. 745–748.
- Uecker J., Adams M., Skipper K. et al. Cholecystitis in the octogenarian is laparoscopic cholecystectomy the best approach? // Am. Surg.—2001.—Vol. 67.—P. 637–640.
- Vecchio R., MacFadyen B.V. Laparoscopic common bile duct exploration // Langenbecks Arch. Surg.—2002.—Vol. 387, № 1.—P. 45–54.

Поступила в редакцию 24.10.2009 г.

N.A.Majstrenko, V.S.Dovganyuk, A.A.Feklunin,
E.Yu.Strukov, F.Kh.Azimov

DECISION ON THE RATIONAL SURGICAL STRATEGY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Results of treatment of 697 elderly and senile patients with cholelithiasis and its complications were analyzed. It was established that decision on the rational surgical strategy in cholelithiasis patients of the older age group depended not on the patients' age, but on results of evaluation of their somatic status and the degree of preoperative correction, the presence and kind of complications of the main disease, and on the state of the bile-excreting system at different stages of diagnosing and treatment. The differentiated and substantiated strategy and the present day minimally invasive diagnostic and medical technologies considerably decrease risk of operative interventions, diminish the number of complications and thus improve the results of surgical treatment of patients of the older age groups having cholelithiasis.