



Э.А. РИЗАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ
ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У
ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

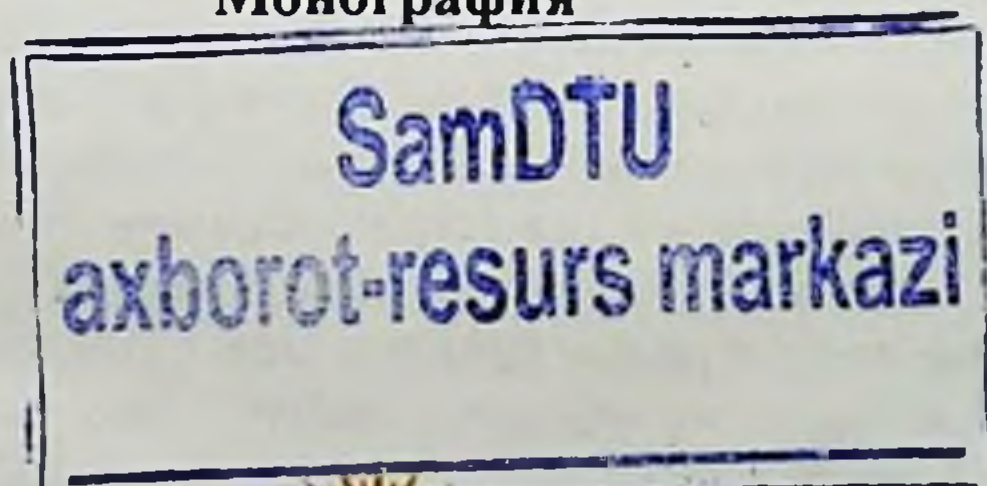
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Э.А. РИЗАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Монография



2023

УДК 616.366-089-053.9

КБК 54.13

Р 9

Э.А. Ризасев, З.Б. Курбаниязов.

Особенности клиники и хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста [Текст]: монография / Э.А. Ризасев, З.Б. Курбаниязов – Samarqand: Samarqand, 2023.- 132 с

Авторы:

Ризасев Э.А. кандидат медицинских наук

Курбаниязов З.Б. доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты:

Давлатов С.С. к.м.н., доцент кафедрой факультетской и госпитальной хирургии, урологии, БухГМИ

Шербек У.А. - д.м.н. Заведующий кафедрой Общей хирургии СамГМУ

В монографии представлены основные теоретические вопросы, касающиеся диагностики и хирургического лечения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии. Освещены предоперационная желчнокаменная болезнь, диагностика билиарных осложнений во время и после операции, методы хирургического лечения и их профилактика. Освещается разработанный авторами алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных ранними билиарными осложнениями после холецистэктомии в зависимости от степени желчеистечения. Внедрены в клиническую практику миниинвазивные эндоскопические трансдуоденальные вмешательства, диапневтические методы и лапароскопия, а также активная консервативная терапия, которые позволили значительно улучшить результаты лечения при малых повреждениях желчных путей. Разработаны тактико-технические аспекты коррекции больших повреждений желчных протоков, осложненных желчеистечением в зависимости от типа и уровня травмы. Это позволило улучшить качество диагностики и оптимизировать выбор вида консервативного или оперативного лечения.

Монография предназначена для хирургов, магистров, клинических ординаторов и студентов медицинских институтов.

ISBN 978-9910-771-02-6

© Э.А. Ризасев, З.Б. Курбаниязов
© Самарканд 2023 г

-TASDIQLAYMAN-
SAMARQAND DAVLAT
TIBBIYOTI UNIVERSITETI
QOSHIDAGI
EKSPERT KENGASHI
5.12.2023 y
№ 60

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

«СОГЛАСОВАНО»
Председатель Экспертного
совета при СамГМУ
Л.Р. Агабарли

« 5 » 12 2023 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе и
инновациям СамГМУ
М.Х. Зиядуллаев

2023 г.

Э.А. Ризаев, З.Б. Курбаньязов

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Монография

Самарканд – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ	7
ГЛАВА I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)	9
ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ	25
§ 2.1. Общая характеристика больных	25
§ 2.2. Методы исследования	34
§2.2.1. Диагностические методы на дооперационном этапе исследования	34
§2.2.2. Диагностические методы на операционном этапе	40
ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	44
§ 3.1. Особенности клиники желчнокаменной болезни осложненной клиникой острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста	44

§ 3.2. Особенности клиники желчнокаменной болезни осложненной
клиникой холангита у больных пожилого и старческого возраста. 48

ГЛАВА IV. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ
АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ
ФОРМ ЖКБ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА53

§4.1. Результаты хирургического лечения острого холецистита в
сочетании с холедохолитиазом в группе сравнения53

§4.2. Разработка мероприятий по оптимизации оперативных
приемов хирургического лечения осложненных форм ЖКБ у
больных пожилого и старческого возраста с поэтапным
использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств
.....59

ГЛАВА V. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖКБ В ГРУППАХ
СРАВНЕНИЯ.....90

ЗАКЛЮЧЕНИЕ99

ВЫВОДЫ113

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ114

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ115

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ББА	Билибилиарный анастомоз
ГепЕА	Гепатикоеюноанастомоз
ГепДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикохоледох
ИОХГ	Интраоперационная холангиография
ЖИ	Желчеистечение
ЛХЭ	Лапароскопическая холецистэктомия
МЖП	Магистральные желчные протоки
МЛХЭ	Минилапаротомная холецистэктомия
МРТ	Магнитно – резонансная томография
МРПХГ	Магнитно – резонансная панкреатохолангиография
МСКТ	Мультиспиральная компьютерная томография
НБД	Назобилиарное дренирование
ОПП	Общий печеночный проток
ОЖП	Общий желчный проток
ТПКД	Транспеченочное каркасное дренирование
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФХГ	Фистулохолангиография
ХЭ	Холецистэктомия
ЭПСТ	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРПХГ	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ВВЕДЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что на сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из распространенных патологии желчного пузыря, причем налицо взаимосвязь с возрастной динамикой, ее гериатрическими особенностями. Так, согласно представленным данным ВОЗ, «...у лиц пожилого возраста в 15-24% случаях выявляются наличие камней в желчном пузыре, к 85-90 годам уже более у 35-40% пациентов выявляются все признаки ЖКБ, причем у 5% больных развиваются те или иные осложнения, такие как холедохолитиаз, холангит, желчнокаменный панкреатит и острый холецистит...»¹. Таким образом, исходя из большого количества больных старше 70-75 лет и выше, а также наличием в анамнезе сопутствующей соматической патологией лечение острого холецистита, осложненного непроходимостью желчных протоков из-за холедохолитиаза и папиллостеноза приобретает еще большую актуальность.

На сегодняшний день в мире проводится множество научных исследований направленные на решение вопросов хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Внедрение в практику эндоскопической техники превносит снижение показателей травматичности, улучшения клинической эффективности данного лечения, выполнения лапароскопической холецистэктомии наряду с эндоскопической палиллотомией. Несмотря на ряд интересных данных, в клинических протоколах хирургического лечения острого холецистита у больных старшего и пожилого возрастов отсутствуют четкие рекомендации по восстановлению путей оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. В этом ракурсе вопрос остается открытым и требует дальнейших научных и экспериментальных исследований.

¹ Younossi ZM, Stepanova M, Golabi P, Epstein RS, Strauss ME, Nader F, Racila A. Factors Associated With Potential Progressive Course of Primary Biliary Cholangitis: Data From Real-world US Database. // J Clin Gastroenterol. – 2019 – N 53 (9). – P. 693-698.

В нашей стране проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей, достигнуты позитивные изменения, и ставятся следующие задачи «...повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также создание системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологических методов диагностики и лечения, а также пропаганда здорового образа жизни и профилактики заболевания...»². Эти задачи определяют приоритеты углубленных научных исследований и вместе с этим, для улучшения оказываемой помощи пациентам необходима разработка и внедрение в практическое здравоохранение показателей, позволяющие обоснованно оценить эффективность хирургического вмешательства с учетом предотвращения интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

² Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан»

ГЛАВА I. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Во всем мире частота выявления желчнокаменной болезни (ЖКБ) показывает высокие значения, так в группе больных 65-70 лет более чем у 15% лиц мужского пола и 25% пациентов женского пола выявляются камни в полости желчного пузыря. В группе больных пожилого возраста показатели желчнокаменной болезни увеличиваются, достигая значений 23,8-24,5% у мужчин и более чем 40% у женщин [1, 5, 10, 14, 17, 75, 95, 113, 124]. При этом у 5% от общего количества больных с ЖКБ отмечается ежегодный прирост развития различных форм осложнений; холедохолитиаз, желчнокаменный панкреатит, холангит и острый холецистит. По данным исследователей больше чем у половины (55-63,8%) госпитализированных больных с диагнозом – холелитиаз выявляются осложненные формы данной патологии различной степени выраженности. Среди общего контингента, получивших хирургическое оперативное лечение около 30% составляет группа больных пожилого и старческого возраста [3, 6, 11, 23, 37, 39, 54, 98, 101, 119, 154].

В.К. Гостищев (2011), Ш.И. Каримов и соавт. (2018), V.S. Vudipranama et al. (2020) отмечают, что клиническая картина острого холецистита у больных более старшего возраста имеет свои особенности. Во-первых, это быстрое, прогрессирующее течение от начала заболевания; во-вторых, это развивающиеся осложнения, более чем у каждого третьего больного. Частота осложнений у больных пожилого и старческого возраста выглядит следующим образом: деструктивно-атрофические изменения стенки желчного пузыря почти у более чем 90% всего контингента; желчный перитонит у 10-14,7%, острый панкреатит у 38 - 50%, околопузырные абсцессы у 10 - 12%, околопузырные инфильтраты у 25 – 30% больных данной возрастной группы [5, 10, 12, 18, 25, 102]. Помимо развития острого холецистита у больных страшей возрастной группы наблюдаются и патология желчевыводящих протоков, часто у в 45-62% случаев, из них основная доля выпадает

на холедохолитиаз, составляя 50 - 78% от всех видов патологии [6, 27, 62, 89, 95].

У больных данной возрастной группы на фоне развивающихся инволютивных изменений, выявлению у них холецистита, холедохолитиазом развивается стеноз большого дуоденального соска (БДС), частота выявляемости данного осложнения выявляются в 8-58% случаев [17, 23, 37, 105, 114, 137].

В своих многолетних исследованиях Ф.Г. Назиров и соавт. (2019) утверждают, что в силу анатомо-топографической взаимосвязи двух систем: желчевыводящей и панкреатической, наряду с патологическими процессами в желчных путях у более половины (60-70%) больных встречается одномоментное поражение и поджелудочной железы. И также при развитии воспалительного процесса в области головки поджелудочной железы в процес вовлекается и терминальный отдел желчевыводящего протока, все это в дальнейшем приводит к сужению ампулы вследствие рубцово-измененной стенки [10, 39, 48, 115, 117].

Как правило у больных с острым холециститом часто развивается механическая желтуха, причём чем старше возраст, тем чаще возникает данное осложнение, и по данным литературы в среднем составляет 28-35%. И именно развитием желчной гипертонии, вследствие механических нарушений оттока желчи объясняется формирование холангита [4, 5, 11, 14, 17, 26, 61, 76, 102, 110, 116, 120, 158].

В соответствии с данными П.С. Ветщева и соавт. (2014) основными причинами развития механической желтухи являются следующие процессы: почти в 14 % это стеноз БДС без холедохолитиаза; в 20,0% развитие индуративного панкреатита; 1,5% случаев околопузырный инфильтрат со сдавлением общего желчного протока; 2,5% случаев – это развитие первичного склерозирующего холангита и основную массу - 62,5% случаев составляет холедохолитиаз.

Основной проблемой в старших возрастных группах является наличие сопутствующей соматической патологии, которая очень часто усугубляет течения желчекаменной болезни. Следует принять во внимание тот факт, что в остром периоде заболевание приобретает коморбидность патологии еще более усугубляется, приобретая

новый характер клинических проявлений. Согласно последним данным, в группе больных 75 лет и выше у 100% больных с ЖКБ встречается та или иная сопутствующая патология, носящая системный характер. Конечно, прежде всего это патология ССС (80-100%), далее патология органов дыхательной системы; сахарный диабет встречается у каждого 3 больного и еще современный бич цивилизации – ожирение, причем 3-4 степени [10, 17, 32, 41, 59, 72, 96, 133].

В силу развития естественных инволютивных процессов у пациентов пожилого и старческого возрастов изменяются и адаптивные возможности самого организма, на фоне которых клиника заболевания приобретает новые формы, малосимптомность или стертость клинических проявлений. Характерная полиморбидность заболеваний у лиц пожилого возраста заставляет врачей считать наличие целого «букета» сопутствующей патологии в качестве противопоказаний к выполнению тех или иных оперативных вмешательств. И, следовательно, переоценка или недооценка сопутствующей соматической патологии, отсутствия целенаправленной профилактики их осложнений приводит к увеличению количества развития осложнений, и к сожалению, показателей смертности.

Как было указано выше, клиническая картина острого холецистита у больных старших возрастных групп носит атипичный характер, без ярких клинических проявлений. Все это в совокупности приводит к различному роду диагностическим и лечебным ошибкам, по мнению авторов это выявляется в 18-20% случаев. Патология желчных протоков у больных с острым холециститом при сохраненной проходимости для тока желчи сложна, так как в ней преобладают симптомы поражения желчного пузыря. У более чем половины больных диагностируются т.н. «немые» камни в желчевыводящих протоках, которые абсолютно не имеют клинических симптомов [2, 12, 17, 18, 42, 73, 87, 97].

Все это в совокупности является причиной поздней госпитализации больных, так в первые 12 часов обращаются за квалифицированной медицинской помощью лишь – 10-12% от общего числа больных, спустя 24 часа и более около 50% больных, оставшая часть пациентов госпитализируются в первые трое суток от момента начала острого приступа. Именно эти причины

приводят к увеличению количества осложнений, тем самым ухудшая показатели эффективности лечения [3, 6, 11, 32, 88, 93, 96, 134].

Традиционная диагностика острого холецистита у данной популятивной группы не приносит явного результата, в силу этого произошли кардинальные изменения в решении данных задач путем внедрения новых технических средств диагностики. Это прежде всего, УЗИ исследования, эндоскопические методы, такие как лапароскопия, дуодено- и холедохоскопия, компьютерная томография и прямые рентгеноконтрастные исследования желчных протоков. Новые аппаратные и инструментальные исследования дают возможность определить наличие стертых форм патологии желчного пузыря, степень развития патологического процесса, выявить распространенность осложнений прежде всего в брюшной полости [10, 17, 22, 74, 104, 118].

Наиболее важным аспектом лечения острого холецистита у больных старше 70 лет является хирургическая тактика. На протяжении десятилетий применялись две противоположные хирургические тактики:

1. Консервативно-выжидательная тактика – проведение комплексной медикаментозной терапии в остром периоде холецистита с последующим выполнением оперативного вмешательства после стихания острой фазы воспаления, путем тщательного обследования и подготовки [14, 18, 47, 73]. Данная тактика имеет свои преимущества, этому посвящены различные исследования. В частности, Я.М. Вахрущев и соавт. (2016) провели наблюдение за 969 больными острым холециститом. Из них только 8 больных были оперированы по неотложным показаниям, остальные получали консервативное лечение и были прооперированы в плановом порядке после стихания острых явлений [10].

2. Активная хирургическая тактика при остром холецистите предусматривает выполнение оперативного вмешательства в ранние сроки (до 72 часов) после госпитализации больного в моменты приступа. И как показал анализ современной научной периодики, очень многие хирурги выступают за пересмотр противопоказаний у лиц пожилого и старческого возрастов, обосновывая наличием достоверно низкой степени риска при проведении холецистэктомии в ранние сроки заболевания, а также

низкими показателями операционно-анестезиологической смертностью, в среднем около 1%. Хотя у пациентов данных возрастных групп остается высокий процент постоперационной смертности (до 12%) [3, 8, 11, 14, 17, 22, 31, 43, 51, 121, 142].

Несколько противоречивые данные приводит В.К. Гостишев и соавт. (2011). Так, у тяжело больных пациентов старших возрастных групп смертность от проведенных холецистэктомий достигает до 35-40%.

Очень интересными оказались исследования Ю.С. Вайнер с соавт. (2017), которые провели ретроспективный анализ результатов оперативного лечения острого холецистита, проведенных согласно активной тактике лечения. В ходе исследования оказалось, что показатель смертности оперированных больных на протяжении последних 10 лет не изменился и составляет 0,014 на тысячу населения. И как указывает автор, результаты хирургического лечения путем применения консервативно-выжидательной или активной тактики практически не отличаются друг от друга [9].

В центре внимания хирургов остается вопрос насколько должен быть «объем» оперативного вмешательства как в острый период заболевания, так и пике выраженности желтухи у больных. Нельзя упускать из виду и возрастные особенности данной группы больных, и, казалось бы, при технически правильно построенной операции возрастные и поликоморбидные проблемы превалируют, приводя к высоким процентам летальности.

Учитывая высокий процент развития послеоперационных рисков вместо холецистэктомии, хирурги часто прибегают к холецистостомии (25-36% от общего числа операций по поводу острого холецистита). Однако, при проведении открытой холецистостомии под местной анестезией в операционной, основными недостатками являются лапаротомии и тяжелая седация больного. При этом показатели летальности составили от 11,0% до 25%, обусловленные осложнениями сопутствующих соматических заболеваний [10, 17, 31, 50, 78, 79, 143].

В последние годы открытую холецистостомию заменяет чрескожная холецистостомия, выполняемая при помощи ультразвука или компьютерной томографии [8, 12, 17, 23, 77, 80, 106, 119, 138, 145, 155].

Активное внедрение в хирургическую практику новых технологий, направленных на создание органосохраняющих методов оперативного вмешательства на желчном пузыре под контролем лапароскопа и УЗИ дало возможность не проводить операции на пике приступа острого холецистита. Вследствии этого появилась возможность отсрочить хирургическую операцию, тщательнее провести необходимое консервативное лечение, что и привело к снижению летальности до 5-7%. И на сегодняшний день, именно чрескожная холецистостомия показала себя как наиболее эффективным методом хирургического лечения острого холецистита [12, 89, 103, 121, 146, 149].

По мнению А.М. Шулутко (2013), С.А. Быстров и соавт. (2019) чрескожная холецистостомия является полной альтернативой общепринятой открытой холецистостомии, поскольку сама процедура является безопасной, относительно легко проводимой, возможности проведения даже в постели под местной анестезией, все это и явилось причиной снижения летальности и развития послеоперационных осложнений. Для проведения холецистэктомии существуют 2 оперативных доступа: трансперитонеальный чреспеченочный. Выбор доступа остается за хирургом. Выбор за трансперитонеальным доступом обусловлен значительным низким риском развития кровотечения, загрязнения инфицированной желчью, однако несмотря на это, значительно увеличен риск перфорации толстой кишки, нарушения в портальной системе, вследствие травм сосудов, смещение катетера после декомпрессии желчного пузыря, развития желчного перитонита. Чреспеченочный доступ к желчному пузырю снижая риск развития перечисленных осложнений, однако при данном доступе возможны печеночные кровотечения, нередко и пневмоторакс. Анализ результатов, проведенных лапароскопической и ультразвуковой холецистостомией показал, что это способы вполне сравнимы между собой по различным критериям – количества осложнений, эффективности декомпрессии желчного пузыря, а также по результатам проведенного лечения уже в ранние сроки.

За счет быстрого снижения давления внутри желчных протоков, уменьшению степени натяжения стенок протоков и полости желчного пузыря, возможности полной санации полости

возможности полностью купировать острую фазу калькулезного холецистита. После ликвидации острой фазы на фоне корректирующего лечения поликоморбидной патологии почти у 75-80% больных достигается полное дренирование желчного пузыря, что дает основание провести в дальнейшем полное оперативное лечение, тем самым значительно снизить риск послеоперационных осложнений [10,12, 17, 33, 45, 53, 107, 111, 148].

Однако существует еще одна группа больных данной возрастной группы, которым вследствие наличия сопутствующих соматических заболеваний тяжелой степени выраженности не удастся выполнить декомпрессионную холецистостомию или после нее радикальную операцию. По данным литературы такая группа больных составляет около 3-5% от общего числа больных острым холециститом [23, 24, 52, 90, 145].

Несмотря на ряд преимуществ проведения декомпрессионных оперативных вмешательств, у 25-80% больных развиваются рецидивы основного заболевания в сроках 6-15 месяцев. Как утверждают Э.И. Гальперин и соавт. (2019) в 40% случаях в стенке ждечевыводящих протоков сохраняется картина острого воспалительного процесса, обусловленное сохранением холецистолитиаза.

Исследованию Э.С. Бурневич и соавт. (2019) подверглись 518 биоптатов удаленных желчных пузырей в «холодном» периоде заболевания. Полученные результаты показали, что несмотря на грамотно проведенную декомпрессию желчного пузыря, антибиотикотерапии на фоне «спокойной» клинической картины в 32,5% случаев (169 больных) на гистологических препаратах сохранены флегмонозные и даже очаговые гангренозные изменения тканевых структур в стенке желчных пузырей. Однако, несмотря на это, больные были переведены на амбулаторное лечение.

Как видно из вышеизложенного, лапароскопическая и ультразвуковая холецистостомия не должны рассматриваться как единственный, без альтернативного способа лечения острого холецистита.

G. Donatelli et al. (2014) выполняли холецистостомию с тщательной санацией желчного пузыря, литоэкстракцию и электрогидравлическую литотрипсию у больных с 4 - 5 категориями риска операции из-за тяжести общего состояния с

целью предупреждения рецидива острого холецистита. Однако даже после санации желчного пузыря, удаления конкрементов из его полости, купирования острого воспаления вероятность рецидива заболевания остается очень высокой. Это обусловлено выраженными склеротическими и атрофическими изменениями в стенке желчного пузыря.

Как известно развивающиеся инволютивные процессы у лиц обоего пола старше 60 лет затрагивают все органы и системы, в частности в стенке желчного пузыря мышечная обложка значительно истончается, достигая значений 170-180 мкм, также наблюдаются и склеротические изменения в кровеносных сосудах, приводящие к развитию васкулитов, тромбозов. Следовательно, склеротические и атрофические изменения в стенке желчного пузыря обусловлено прежде всего не патологическими преобразованиями при ЖКБ, а развивающимися процессами старения, приводящие к снижению функциональной активности органа [10, 14, 22, 70, 108, 122, 136, 139, 147].

Следовательно, внедрение в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии не меняет общей картины. Лапароскопическая холецистэктомия при остром осложненном холецистите выполняется преимущественно (56 - 80%) после превентивной чрескожной холецистостомии или эндоскопической папиллотомии [14, 17, 28, 36, 93, 109, 135, 141].

Одним из основных методов, исключая развитие осложнений и рецидивов, может стать полная облитерация просвета желчного пузыря, превратив его в рубцовый тяж. В литературе указаны на попытки чрескожной мукоклазии желчного пузыря с последующей его облитерацией. По данным С.Ю. Никуленкова и соавт. (2012) включение дополнительно в план лапароскопической холецистостомии электродеструкцию стенки желчного пузыря, с последующим поэтапным удалением слизистой оболочки желчного пузыря способствовало склерозированию и сокращению емкости полости.

Путем физического и химического воздействия на слизистую желчного пузыря были изучены эффекты воздействия с дальнейшей целью облитерации полости пузыря. Для это были изучены макро и гистологические изменения желчного пузыря, дана оценка этим преобразованиям. В своих исследованиях А.Л.

Чарышкиным и соавт. (2015) были подробно рассмотрены эффекты химического воздействия на экспериментальных животных.

Все эти экспериментальные работы преследуют одну цель, разработка эффективного метода мукоклазии при лечении больных острым холециститом, а также разработка превентивных методов профилактики развития послеоперационных осложнений после проведения декомпрессивной холецистостомии, т.е. поиск решения данной проблемы является актуальной задачей, стоящей перед современной абдоминальной хирургии.

Таким образом, исходя из большого количества больных старше 70-75 лет и выше, а также наличием в анамнезе сопутствующей соматической патологией лечение острого холецистита, осложненного непроходимостью желчных протоков из-за холедохолитиаза и папиллостеноза приобретает еще большую актуальность [2, 3, 6, 19, 38, 46, 55, 92, 123]. Также следует принять во внимание, что внедрение в практику эндоскопической техники превносит снижение показателей травматичности, улучшения клинической эффективности данного лечения, выполнения лапароскопической холецистэктомии наряду с эндоскопической папиллотомией [19, 29, 30, 33, 58, 69, 81, 94, 125].

Для проведения ЭГТГ стеноз терминального отдела холедоха, канала большого дуоденального сосочка, изолированный или сочетающийся с холедохолитиазом является абсолютным показанием к нему. Наличие острого билиарного панкреатита, хронического рецидивирующего панкреатита, стойкого спазма сфинктера Одди, обнаружение множественных мелких конкрементов в гепатикохоледохе могут быть относительными показаниями к проведению ЭПТ. Необходимо иметь в виду, что имеющиеся анатомические особенности БДС, наличие дивертикула, аденомы и папиллите, деформациях отечно измененной двенадцатиперстной кишки может привести к затруднению проведения ЭПТ [6, 17, 22, 31, 38, 46, 57, 82, 99, 126, 144]. В этой связи возникает необходимость в проведении открытой холецистэктомии, с дальнейшей трансдуоденальной папиллотомии и холедоходуоденоанастомозе [9, 15, 68].

Очень интересны данные Ю.С. Вайце и соавт. (2017). При лечении 82 больных с механической желтухой доброкачественной этиологии были проведены следующие виды открытых операций: в

28 случаях - холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу и Финстереру; в 6-ти случаях - двойное внутреннее дренирование (ХДА с ТД ПСП); в 6 - трансдуоденальную папиллосфинктеропластику (ТД ПСП); в 2 - холедохоеюноанастомоз; основной объем операций - холедохолитотомия с дренированием холедоха по Холстеду, Керу и Вишневскому у 50 больных. 10 пациентам была проведена открытая операция с помощью минилапаротомного доступа, при этом летальность составила в среднем около 8%.

Сама техника проведения трансдуоденальной ПСТ очень трудна, поэтому в послеоперационном периоде очень часты осложнения, такие как кровотечения различной интенсивности, развитие ретродуоденальной флегмоны, послеоперационного панкреатита. Частота встречаемости осложнений составляет в среднем от 1,5% до 17,5% случаев. Однако по мнению некоторых специалистов это объясняется недостатками имеющейся оперативной техники или недостаточного профессионализма [9, 17, 19, 29, 55, 71, 111].

Исходя из анализа научной периодики, можно заключить, что несмотря на многочисленные способы для проведения ТД ПСТ и ХД, их объединяет доступ посредством широкой лапоратомии, формированием стойкого болевого синдрома и риска развития послеоперационных грыж, большого процента случаев перфорации просвета дуоденум, приводящее к нарушению функциональной активности, формированием несостоятельности швов. Поэтому с внедрением современных технологий приоритет остается за малоинвазивными и мини-доступами при ТД ПСТ и ХДА.

Очень интересна в этом ракурсе предложенная методика мини-доступа при ТДЖ ПСП командой Н.И. Глушкова и соавт. (2017), которые на 30 больных старше 60 лет с острым холециститом, осложненные нарушениями в структуре желчных протоков провели модернизированную схему вмешательства. Для этого посредством косопоперечного подреберного разреза с отведением прямой мышцы медиально провели поперечную дуоденотомию и папиллотомию между нитями, проходящими из холедоха в кишку через канал большого дуоденального сосочка. В послеоперационном периоде у пациентов нет выраженных болевых ощущений в области разреза, нет признаков развития острого

панкреатита. При этом средняя продолжительность операции - 2,5 часа, койко-дни в среднем 15 суток, что значительно меньше, чем при проведении традиционной ТД ПСТ.

Многих хирургов привлекает методика ЭПТ вследствие ее доступности и хорошими показателями клинической эффективности, т.к. ЭПТ малотравматична, является полной альтернативой проведению трансдуоденальных хирургических операций на БДС.

ЭПСТ может быть как самостоятельной операцией или предшествовать другим чреспапиллярным операциям (литотрипсия, литоэкстракция), создавая условия для их проведения. Противопоказаниями к ЭПСТ являются протяженный стеноз терминального отдела холедоха, расположение БДС в дивертикуле, панкреатит небилиарной этиологии, дуоденостаз, нарушения свертываемости крови, тяжелое состояние больных, ограничивающее длительность и сроки выполнения операции [9, 11, 15, 36, 50, 68, 83, 127, 132].

При холедохолитиазе после проведения ЭПТ возможны два варианта операционной тактики:

1. Активная тактика – производится разрушение или экстракция конкрементов;

2. Пассивная тактика - ожидание спонтанного отхождения конкрементов, здесь важную роль будет играть соотношение диаметра камня и терминального отдела общего желчного протока. Камни диаметром до 10 мм, как правило, отходят спонтанно. У больных с отягощенным анамнезом при опасности вклинения камней в терминальном отделе холедоха, а также при сочетании холедохолитиаза и холангита, множественных мелких камнях целесообразно выполнить литэкстракцию.

Проведение литэкстракции противопоказана при камнях, диаметр которых превышает размер терминального отдела холедоха, поэтому очень важно проведение ультразвукового контроля. Для повышения клинической эффективности рекомендуется к применению механической, электрогидравлической, лазерной контактной билиарной литотрипсии [11, 21, 128].

Несмотря на большие преимущества эндоскопических операций, у подобных технологий существуют границы его

использования. Очень многие врачи преувеличивают технические возможности, необоснованно увеличивая показания и т.п., привели к большим количества различного вида осложнений, хронизации процесса, ухудшая состояние больного. Основная причина развития осложнений при литиазе общего и желчевыводящего протоков, невозможность самостоятельного выхода в 12-перстную кишку или вывода из наружу. По данным многих исследований показатели эффективности, проведенной эндоскопической папиллосфинктеротомии в среднем составляют 85 до 97%, развитие различного рода осложнений - 7 до 12%, летальность проведенных эндоскопических вмешательств составляет около 1,5% [10, 15, 67, 111].

Как считает Э.И. Гальперина (2012) отношение к оперативному вмешательству ЭПСТ двоякое, это радикальная операция с высокой степенью клинической эффективности (в среднем 76-85%). С другой стороны, ЭПСТ можно использовать в качестве этапа предоперационной декомпрессии желчных протоков, однако непосредственно после проведения ЭПСТ необходимо безотлагательно провести дальнейшие этапы хирургического лечения.

Как считают многие специалисты, основной причиной низкой клинической эффективности эндоскопического лечения это невозможность его применения при двухэтапном хирургическом лечении заболевания. Многолетний клинический опыт показывает, что, по сути, и эндоскопическая, и открытая папиллосфинктеротомия не отличаются друг от друга. Дуоденоскопическая папиллосфинктеротомия может проводиться двумя различными способами, через введение пиллота в желчные свищи или в специальные наружные дренажи желчных протоков [9, 156]. При проведении ЭПСТ в хирургическом лечении папиллостеноза и холедохолитиаза основными осложнениями являются кровотечение, острый холангит, ретродуоденальная перфорация и острый панкреатит, частота которых достигает значений 15-17% [15, 17, 64, 129, 153].

М.И. Прудковым и соавт. (2016) была разработана новая методика проведения оепартивного вмешательства путем проведения закрытой интраоперационной антеградной папиллотомии, после антеградно введенного диатермического

папиллостома через холедохотомическое отверстие или пузырьный проток в терминальном отделе желчевыводящего протока. Необходимо иметь ввиду, что все манипуляции проводятся под контролем дуоденоскопа, в том числе и разрез большого дуоденального сосочка.

В настоящее время в абдоминальной хирургии широко применяется фиброхоледохоскопию, что дало возможность уменьшить количество осложнений. Так, согласно разработкам С.Ю. Никуленкова и соавт. (2012) была предложена новая хирургическая техинка антеградной эндохоледохеальной (трансхоледоховой) папиллосфинктеротомии путем использования специального гибкого папиллотомома. Для этого был введен папиллотомом до уровня БДС и терминального отдела желчевыводящего протока, все оперативные мероприятия проводятся под контролем фиброхоледохоскопа. Новая тактика была успешно использована у 44 больных с диагнозом – «папиллостеноз» и «холедохолитиаз», при этом развития больших и серьезных осложнений, в том числе и летальных исходов не наблюдалось. Исходя из полученных результатов, благодаря разработанной методике использования антеградной папиллосфинктеротомии, стало возможным к переходу к одноэтапному лечению, исключения из плана лечения этапа проведения ретроградной панкреатохолангиографии и папиллосфинктеротомии, тяжело протекаемый у больного. И как указывают авторы, канюлизация БДС технически проста и не представляет трудности для оперирующего хирурга, поэтому риск развития осложнений минимальный.

На сегодняшний день, эффективность лечения ЖКБ и развивающихся осложнений у больных старших возрастных групп зависит от очень многих факторов, и прежде всего от внедрения в клиническую практику минилапаротомных доступов. Технически минилапоротомические доступы просты в исполнении, эномически выгодны, являются альтернативой большинству лапароскопическим операциям. Для большинства медицинских учреждений нашей республики это весь актуально. Также хочется отметить значительное снижение показателей послеоперационных осложнений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста

таких как парез кишечника, послеоперационных пневмоний, ателектазов и т.д.

В настоящее время подобного рода оперативные вмешательства проводятся для выполнения холецистэктомии - которые проводятся минидоступом, далее заканчивается наружным дренированием с холедоходуоденостомией [3, 21, 34, 65, 131].

Согласно анализу проведенного литературного обзора было выявлено, что группой ученых под руководством М.И. Прудкова (2016) была предложена комбинированная эндоскопическая папиллосфинктеротомия посредством мини-доступа. В своих исследованиях было определено, основным фактором, приводящим к развитию осложнений, является сама двухэтапность проведения оперативного вмешательства, что в принципе приводит к увеличению себестоимости лечения, увеличению количества осложнений, особенно у пациентов пожилого возраста.

Как видно, современная методика проведения малоинвазивной техники в один этап хирургической патологии желчевыводящих путей включает в себя ряд операций, таких как проведение холецистэктомии, операций на желчных протоках путем использования мини-лапароскопических доступов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Все эти вмешательства проводятся одновременно на операционном столе под фибродуоденоскопическим видеоконтролем. При этом папиллом вводятся двумя альтернативными способами - ретроградно и антеградно.

Современный взгляд на лечение патологических процессов в желчном пузыре, таких как острый и хронический калькулезный холецистит на фоне появления осложнений функционирования желчных протоков подразумевает использование одноэтапной малоинвазивной тактики хирургического лечения. Для этого хирургом одновременно посредством различных малоинвазивных методик холецистэктомии устраняются и папиллостеноз, и холедохолитиаз

В случае выявления у пациента пожилого и старческого возраста картины острого холецистита оправдано использование активной хирургической тактики, поскольку к экстренной операции попадают больные с перфорацией желчного пузыря и развитии перитонита (в среднем около 10% больных). При этом обязательно

у таких больных проводит операции и на внепеченочных желчных протоках. При деструктивных формах острого холецистита срочные оперативные вмешательства проводят у 58-75% больных в первые 3 суток (в среднем интервал равен 48-72 часам) [11, 16, 17, 85, 100, 112, 130, 157].

Иная картина наблюдается при выполнении оперативных вмешательств у тяжелых больных старшей возрастной группы, поскольку объем операции напрямую зависит от его общего состояния. Поэтому в подобных случаях достаточно проведение холецистэктомии с последующим дренированием холедоха, далее через некоторое время проведение ЭПСТ. В случаях, когда есть возможность не проводить срочную или экстренную операцию, рекомендуется консервативное устранение желтухи до проведения операции. Хороший эффект дает проведение ЭПСТ с литэкстракцией до начала самой холецистэктомии, основная цель которой уменьшение степени риска развития осложнений [11, 15, 35, 66, 86].

Однако, по мнению некоторых исследователей, при высоких рисках развития осложнений альтернативой должна быть прежде всего эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) без проведения тотальной холецистэктомии. В случаях удовлетворительного состояния с минимальным риском развития осложнений рекомендуется проведение само проведение операции без проведения предварительно ЭПСТ, в силу возникновения риска осложнений. В случаях проведения ЭПСТ в 35-38% случаях необходимо проведение холецистэктомии вследствие развития деструктивного острого холецистита.

Если принять во внимание, что после проведенного эндоскопического лечения остается очаг инфекции и камнеобразования, в частности желчный пузырь, и создаются дополнительные пути для проникновения инфекции в желчные протоки, 12-перстную кишку, это будет являться основными доводами для уменьшения показаний для проведения эндоскопического лечения. Исключение только для тех больных, у которых основная соматическая патология в состоянии декомпенсации, и самое главное возраст данной группы больных. У лиц пожилого и старческого возраста, а также при наличии тяжелой коморбидной патологии любое расширение объема проводимого

оперативного вмешательства может привести к нежелательным, а иногда и летальным последствиям. В подобном случае рекомендуется проведение минимального объема на уровне большого дуоденального сосочка и общего желчного протока с последующей эндоскопической коррекцией различного рода патологии желчных протоков [10, 17, 22].

Несмотря на высокие показатели эффективности комбинированного хирургического и эндоскопического лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков, многие специалисты склонны считать, что одновременное выполнение двух разновеликих оперативных вмешательств неразумно, ведь каждая из них может привести к увеличению числа осложнений, вплоть до летального исхода.

Как показал анализ научной периодики, несмотря на ряд интересных данных, в клинических протоколах хирургического лечения острого холецистита у больных старшего и пожилого возрастов отсутствуют четкие рекомендации по восстановлению путей оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. В этом ракурсе вопрос остается открытым и требует дальнейших научных и экспериментальных исследований.

Таким образом, интерпретация результатов многочисленных исследований показала, что уровень заболеваемости холециститом непрерывно растет, и многие аспекты проблемы лечения подобной патологии остаются открытыми. Также в центре внимания стоят вопросы разработки целенаправленного лечения осложненных форм желчекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Исходя из низкой клинической эффективности, большого количества осложнений и высокого процента летальности, имеющиеся на сегодняшний день результаты общепринятых методик лечения нельзя признать удовлетворительными. Следовательно, все вышеизложенное и определило актуальность исследований в этом направлении.

ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

§ 2.1. Общая характеристика больных

В хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 8 лет в период 2015-2022 г.г. прооперировано 3016 больных с холелитиазом, из них 914 (30,3%) с осложненными формами желчнокаменной болезни (рис. 2.1), т.е. примерно каждый третий.

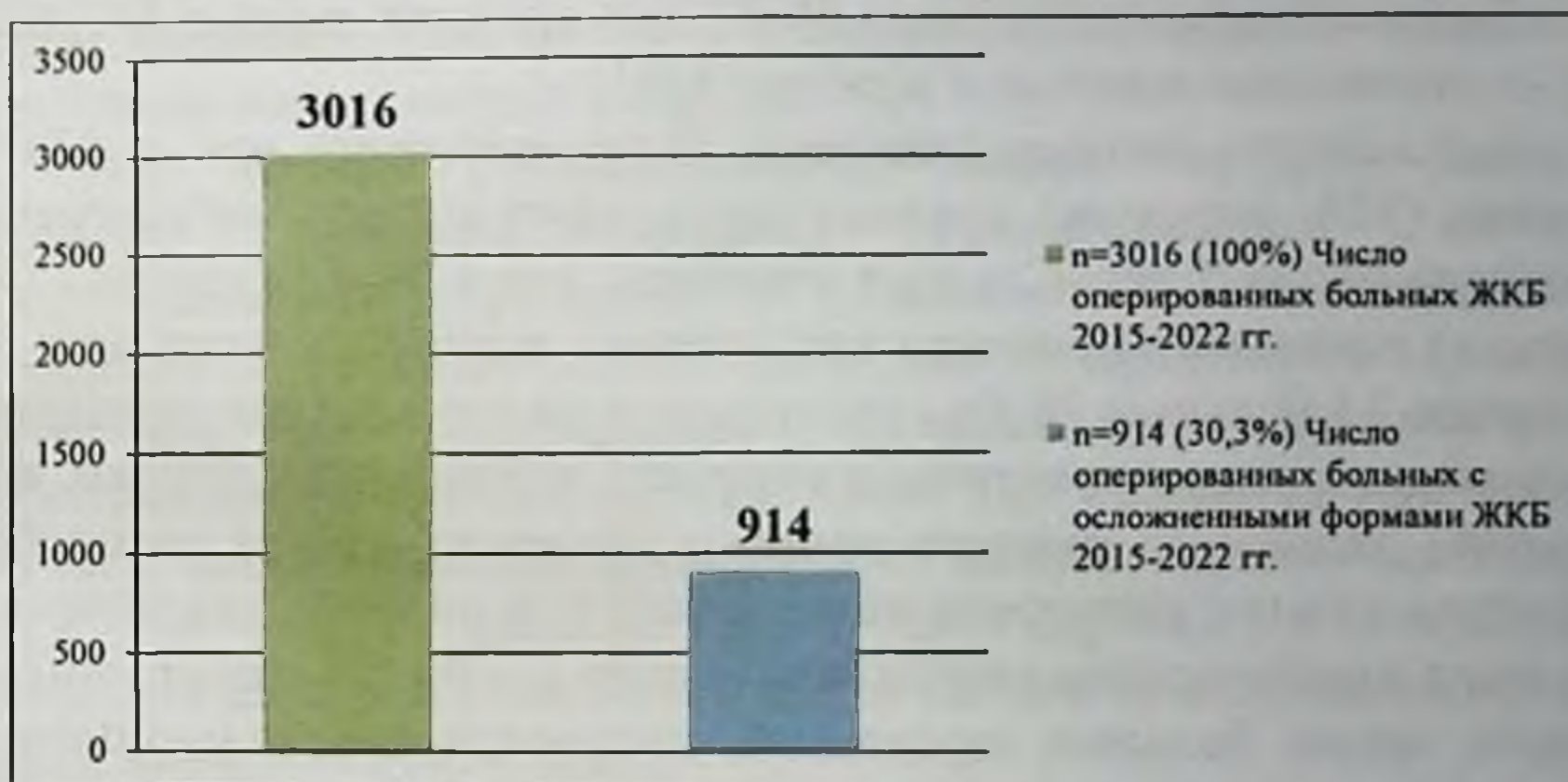


Рис. 2.1 Число оперированных больных с осложненными формами ЖКБ в соотношении с числом всего оперированных больных холелитиазом

При этом число больных пожилого и старческого возраста, оперированных с ЖКБ за этот временной период, составило 249, т.е. 8,6% из общего контингента оперированных. При этом осложненные формы ЖКБ отмечены у 171, т.е. 68,7% от 249 всего оперированных этого возраста контингента.

Исходя из цели нашего исследования нами изучены результаты обследования и лечения 171 больных в возрасте старше 60 лет с осложненными формами ЖКБ.

Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого возраста (60-74 лет) составили – 143 (83,6%), больные старческого возраста (75 лет и старше) – 28 (16,4%). Наиболее возрастной пациент в нашем исследовании был 87 лет.

Превалировали пациенты женского пола – 104 (60,8%), мужчины – 67 (39,2%) (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	Всего больных		Пол		Соотношение Ж:М
	Абс.	%	Ж	М	
Пожилой от 60-74 лет	143	83,6	85 (59,4)	58 (40,6)	1,4: 1
Старческий 75-87 лет	28	16,4	19 (67,8)	9 (32,2)	2,1: 1
Итого	171	100,0	104 (60,8)	67 (39,2)	1,5: 1

Возраст больных составил 60-87 лет, средний возраст $64,7 \pm 3,4$ лет, соотношение женщин и мужчин 1,5:1.

Анализируя данные анамнеза, было выявлено, что в 63,0% случаях (108 больных) средняя продолжительность заболевания составила более 5 лет. Следует отметить, что в 24,0 % случаях (41 пациент) начальные признаки заболевания появились в среднем 10 лет назад. 16 больных (9,5%) поступили в хирургическое отделение клиники с первым приступом в анамнезе заболевания, однако, как показали данные, у каждого второго пациента данная патология желчного пузыря наступила не спонтанно, а на фоне длительного текущего хронического воспаления. Более 57,0% (98 пациентов) от общего числа больных проходили неоднократное стационарное лечение по поводу тех или иных заболеваний желчного пузыря или желчных протоков (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Распределение больных по продолжительности анамнеза заболевания

Продолжительность анамнеза	Всего больных		Возраст больных	
	Абс.	%	60-74 лет	старше 75 лет
Впервые	16	9,3	14 (9,9%)	2 (6,5%)
До 5 лет	46	27,1	40 (28,3%)	7 (22,6%)
От 5 лет до 10 лет	66	39,4	58 (41,1%)	10 (32,2%)
10 лет и более	41	24,2	29 (20,7%)	12 (38,7%)
Итого	171	100,0	141 (82,4%)	31 (18,2%)

Анализ полученных результатов показал, что у больных старших возрастных групп диагностируемая картина острого холецистита развилась на фоне хронического процесса в желчном пузыре, и это привело в период госпитализации формированию очагов воспаления в желчном пузыре и желчных протоках.

Следовательно, мы приходим к следующему выводу: хронизация воспалительных процессов в желчном пузыре приводит к развитию грозных осложнений острого холецистита в виде патологических преобразований в общем желчном и внутрипеченочных желчевыводящем протоках, склерозу с последующей деформацией большого дуоденального сосочка.

Анализ времени поступления больных в хирургические отделения показало, что с момента появления первых признаков острого холецистита на первые сутки были госпитализированы всего лишь 10 больных (5,8%), основная масса больных поступила к концу третьих суток, из этого контингента больных 79 пациентов поступили позже, спустя 3-4 сутки.

Как показал ретроспективный анализ истории болезни, основной причиной поздней госпитализации является несвоевременное обращение к специалистам за медицинской помощью. К сожалению, имеются и ошибки врачебного характера, во-первых, это неправильно проведенные диагностические мероприятия на догоспитальном этапе (29 больных), причем в 7 случаях необоснованно проведенное консервативное лечение в ЛПУ по месту жительства, в 22 случаях – ошибочная госпитализация в другие отделения, в частности инфекционное или терапевтическое (табл. 2.3).

Таблица 2.3
Распределение больных по срокам поступления в хирургический стационар

Сроки поступления	Всего больных		Возраст больных	
	Абс.	%	60-74 лет	Старше 75 лет
До 24 часов	10	5,8	9 (5,2%)	1(0,6%)
От 24 до 48 часов	21	12,3	15 (8,8%)	6(3,5%)
От 48 до 72 часов	61	35,7	54 (31,5%)	7(4,1%)
Позднее 72 часов	79	46,2	65 (38,1%)	14(8,2%)
Итого	171	100,0	143 (83,6%)	28 (16,4%)

Из 171 больных с осложненными формами ЖКБ, у 130 (76,1%) были диагностированы деструктивные формы воспаления желчного пузыря, в том числе у 56 - гангренозный холецистит. У больных в группе 60-74 лет деструктивное поражение желчного пузыря наблюдалось у 115 из 143 пациентов (80,4%), а в группе старше 75 лет - у 25 из 28 пациентов (89,2%).

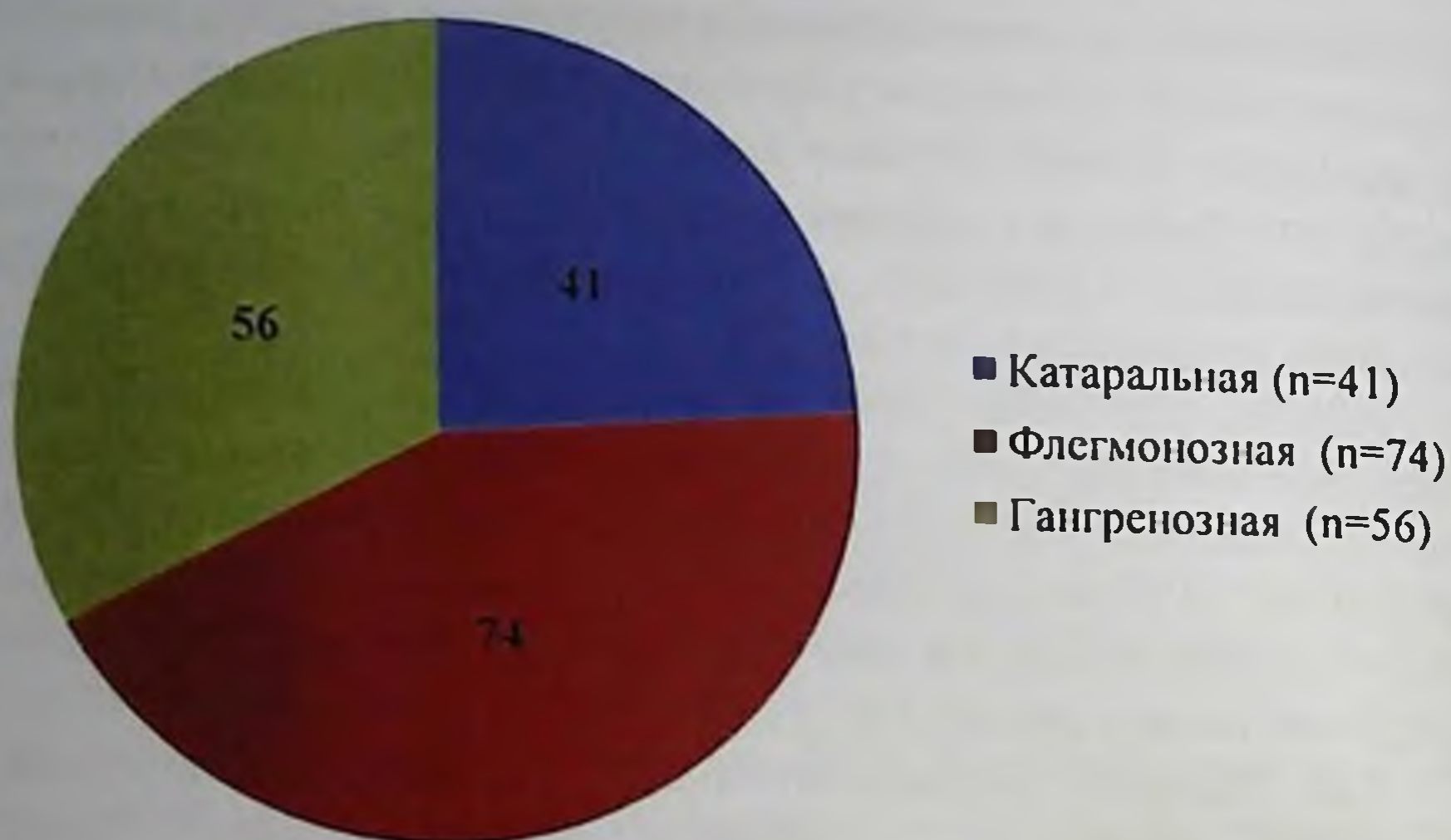


Рис. 2.2. Распределение больных по форме воспаления желчного пузыря

При исследовании частоты встречающейся патологии желчных протоков были выявлены следующие значения: в 42 случаях наблюдалась картина холедохолитиаза, у 24 больных наряду с холедохолитиазом определили стеноз большого дуоденального сосочка (СБД) (рис. 2.3).

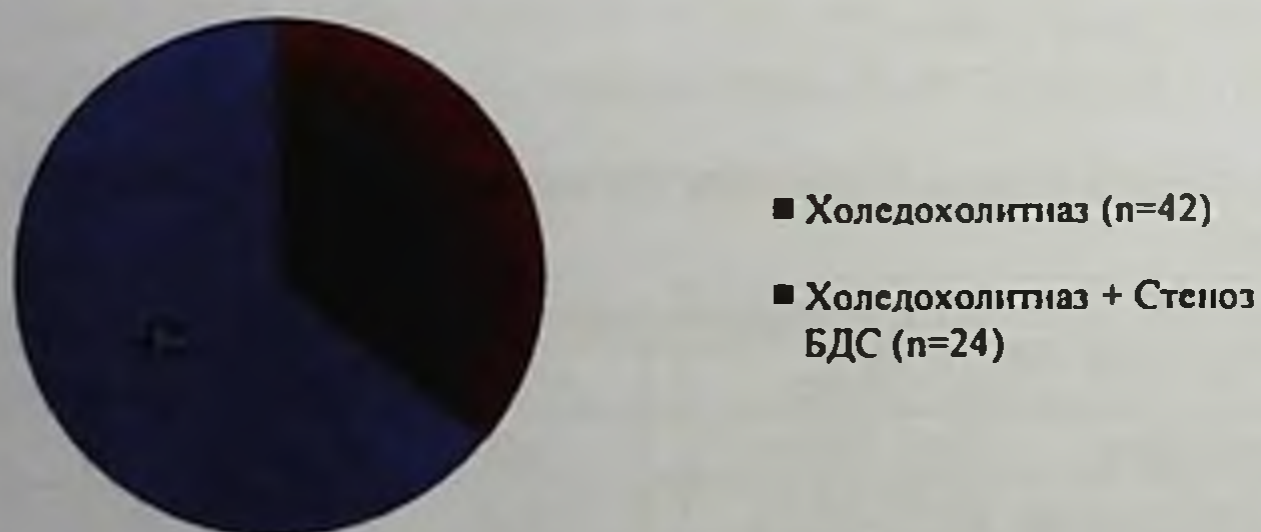


Рис. 2.3. Распределение больных по характеру поражения желчных протоков

У 118 (69,1%) больных наблюдалось экстрапузырное распространение воспаления. Среди них, у 39 (22,8%) в брюшной полости выявлен желчный перитонит, причем у 15 вследствие перфорации желчного пузыря, у 24 – пропотной желчный перитонит без перфорации стенки пузыря. У 62 (36,3%) больных был выявлен перивезикальный инфильтрат, тогда как в 17 случаях

(9,9%) – перивезикальный абсцесс. Следует отметить, что в данных возрастных группах не выявлены различия по частоте встречаемости экстрапузырных осложнений.

Частота выявлений осложненных форм заболеваний желчных протоков показало, что ведущее место занимает развитие механической желтухи. Данная патология выявлена у 79 больных (44,8%), при этом превышение показателя общего билирубина в крови выше 60 мкмоль/л было отмечено в 51 случаях. Длительность желтухи у больных составила 2-14 суток. При разборе причин ее возникновения выявлено, что у 13 пациентов причиной стал синдром Мириззи, приводящий к нарушению оттока желчи. В остальных случаях (66 больных) появление желтухи обусловлено наличием конкрементов в внепеченочных желчных путях, причем у 24 пациентов, помимо этого, наблюдался стеноз БДС.

У 51 больного (29,8%) течение заболевания осложнялось холангитом. У 12 поступивших больных с подтвержденным диагнозом «Гнойный холангит» с учетом проведенных клинико-лабораторных исследований были выявлены признаки печеночно-почечной недостаточности. В план исследования были включены результаты анализов функциональных проб в виде гипербилирубинемии, снижение содержания альбуминов на фоне уменьшения альбумино-глобулинового коэффициента, повышение уровня щелочной фосфатазы и трансаминаз, а также содержания мочевины в крови и др. Все это в совокупности на основании Токийской классификации (2013) стало основанием признать состояние этих больных как тяжелая степень холангита.

Основной особенностью возрастной группы больных пожилого и старческого возраста является наличие поликоморбидной патологии, она была выявлена в 171 случаях, причем в 79,0% (135 пациентов) случаев это сочетание более двух системных заболеваний. В группе больных старше 75 лет показатель наличия сопутствующей патологии на одного больного составил 2,4. В группе больных в возрасте 60-74 лет значение данного показателя равно 1,7. В среднем этот показатель наличия сопутствующей патологии из расчета на одного пациента составил 2,2. Анализ историй болезни показал, что 52 больным было

отказано в проведении оперативного вмешательства из-за развития осложнений, вследствие наличия сопутствующей патологии.

Среди коморбидной патологии ведущее место занимает патология сердечнососудистой системы (табл. 2.4). Следует отметить, что с увеличением возраста в разы увеличивается и количество осложнений сердечно-сосудистой патологии, особенно это заметно в группе больных старческого возраста. Например, у более чем 88,0% больных наблюдается картина ИБС, среди них (13,0%) ИБС со стенокардией. В анамнезе 16 больных отмечен перенесенный инфаркт миокарда, в 20 случаях приступы стенокардии были спровоцированы резкими болями в проекции желчного пузыря, развитием острого холецистита.

Но вместе с тем, у больных с острым холециститом в старших возрастных группах, на фоне стертой картины основного заболевания и слабой выраженности болевого синдрома привело к затруднению постановки диагноза стенокардии или инфаркт, что привело к значительному росту осложнений.

Проведенное ЭКГ исследование выявило нарушение ритма сердца в виде мерцательной аритмии в 33 случаях, экстрасистолия в 39 случаях.

В структуре сопутствующей патологии основное место занимали заболевания выявленные у всех больных. Более тяжелый уровень этой патологии отмечен в возрастном периоде после 75 лет. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) выявлена у 88,4% больных, в том числе стенокардия - у 13,2%.

В прошлом инфаркт перенесли 15 больных. При анализе клинических проявлений ишемической болезни сердца установлено, что в 20 случаях острый воспалительный процесс в желчной системе спровоцировал приступы стенокардии. Вместе с тем распознавание стенокардии и инфаркта миокарда у пожилых и старых больных острым холециститом, осложненным поражениями желчных протоков было затруднено из-за слабой выраженности или отсутствия характерного болевого синдрома.

Анализ проведенных ЭКГ (72 больных с ИБС) показал, что имеются следующие нарушения сердечного ритма: мерцательная аритмия - у 32 больных, экстрасистолия - у 40 больных. Динамика течения заболевания показала достоверно подтвержденную зависимость электрокардиографических показателей от степени

выраженности самого заболевания. Так, например при эффективном лечении острого холецистита у ряда больных (n=15 больных) заметно улучшило состояние миокарда сердца, восстановив при этом ритма сердца. Более половины больных отметили в анамнезе наличие гипертонической болезни, при этом во время нахождения на стационарном лечении у части больных (n=14) были гипертонические кризы.

Таблица 2.4

Характеристика сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	Всего больных n=171		Возраст больных	
			60-74 лет n=143	Ст.75 лет n=28
Сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.)	153	89,2%	114 (79,7)	27 (95,9)
Органов дыхания (пнев- москлероз, хр.пневмония и бронхит, туберкулез и др.)	74	43,1%	37 (26,0)	15 (55,1)
Желудка и 12-ти перстной кишки (гастрит, язва, полип, дивертикул)	63	37,1%	39 (27,5)	12 (43,9)
Печени (цирроз, гепатит)	32	18,6%	19 (13,0)	6 (22,4)
Почек (пиелонефрит, моче- каменная болезнь)	7	4,2%	2 (1,4)	2 (6,1)
Сахарный диабет	15	9,0%	17 (11,6)	2 (7,1)
Прочие (ожирение П-Ш степени, зоб, аллергия)	21	12,5%	19 (13,0)	3 (12,2)
Итого сопутствующих заболеваний	365		293	414
Одно заболевание	36		33	3
Два заболевания	62		51	11
Три заболевания	68		54	14
Не выявлено	5		5	-

В структуре сопутствующей патологии у половины больных (51,0%) выявлены хронические заболевания органов дыхательной системы, при этом имеется четкая тенденция к увеличению количества заболеваний с увеличением возраста. В нашем наблюдении это увеличение в два раза в группе больных старше 75 лет. Структура заболеваемости следующая: хроническая пневмония

и бронхит - у 26 больных, пневмосклероз - у 60 больных, бронхоэктатическая болезнь - у 1 больного, бронхиальная астма - у 4 больных. В динамике наблюдения у шести пациентов развилась пневмония, вследствие постельного режима.

Сопутствующая патология органов ЖКТ, в частности желудка и двенадцатиперстной кишки была выявлена в 37,1% от всех случаев. Групповое распределение частоты встречаемости показало, что в группе больных пожилого возраста составило 33,8%, а в группе больных старческого возраста данная патология встречается почти в 44,0% случаев.

Распределение по нозологиям, показало, что у 49 больных диагностирован гастрит и дуоденит; у 13 больных – язвенное поражение желудка и 12-перстной кишки; околососочковые дивертикулы 12-перстной кишки - у 12 больных и полипы желудка - у 5 больных соответственно. Как правило, при холецистите, осложненного патологией желчных протоков, в острой фазе приступа отмечается обострение воспалительных процессов в органах ЖКТ, в частности желудка и двенадцатиперстной кишки. Также были диагностированы поражение и печени (27,1%), среди них преобладают хронический гепатит (n=22) и к сожалению цирроз печени (n=9). По нашему мнению, наблюдаемые инволютивные процессы у больных старшей возрастной группы, приводят к снижению функционально-адаптационных процессов в организме, способствует на фоне имеющейся патологии желчевыводящей системы развитию необратимых изменений в тканевых структурах печени, вплоть до острой печеночной недостаточности. В нашем наблюдении это было выявлено у 18 больных.

Есть еще одно, часто встречающееся заболевание среди лиц старшей возрастной группы – сахарный диабет. В нашем исследовании в 12,8% выборки больных диагностирован сахарный диабет 2 типа, причем в группе больных пожилого возраста их больше (n=11), чем у пациентов старческого возраста (n=5).

Несмотря на тот факт, что коррекция показателей углеводного обмена была начата с первых дней пребывания в стационаре, при острой фазе заболевания продолжение коррекция стало затруднительно. В случае эффективного лечения острого холецистита и желчной гипертензии коррекция сахарного диабета принесло хорошие результаты.

В структуре сопутствующей коморбидной патологии также часто встречаются и заболевания мочевыделительной системы, в среднем это составило около 9,5% от общего количества заболеваний (табл.9). Среди них можно отметить мочекаменную болезнь (9 больных), пиелонефрит (5 больных), цистит (4 больных). Также встречаются следующие нозологии: ожирение 2-3 степени (22 больных), патология щитовидной железы (6 больных), аллергическое состояние (4 больных).

Исходя из приведенных данных, можно прийти к заключению, что показатели удельного веса, характера выраженности клинической симптоматики увеличивается с возрастом, т.е. налицо четкая возрастная градация распространения заболеваний.

Характер течения острого холецистита, который был отягощен патологическими преобразования в желчных протоках показал, что у лиц старших возрастных групп на пике заболевания возникает синдром взаимного отягощения как основного, так и сопутствующего заболевания. И по данным литературы, и данным проведенного настоящего исследования именно данный синдром является одним из основных причин летального исхода больных с ОХ. В случае проведения своевременного, клинически эффективного лечения острого процесса в желчном пузыре на фоне купирования болевого синдрома, напряженности в желчевыводящей системе явилось залогом эффективности лечения коморбидной патологии.

На основании выраженности основного заболевания и сопутствующей патологии, принявшие участие 171 больных, были разделены на две группы в зависимости от общего состояния:

средняя степень тяжести (n=53) и тяжелая степень (n=118) состояния.

Таким образом, проведенный анализ клинического материала показал, что в группе больных старшего возраста (75 лет и старше) картина острого холецистита, протекающего на фоне осложнений в желчных протоках характеризуется деструктивными изменениями в стенке желчного пузыря, развитием перитонита, формированием околопузырного инфильтрата и абсцесса на фоне холедохолитиаза и папиллостенозом, приводящий к развитию холангита и механической желтухи. Все эти процессы протекают на фоне синдрома взаимного отягощения как основного, так и сопутствующего заболевания.

§ 2.2. Методы исследования

В соответствии с поставленными задачами и целями настоящего исследования по определению наиболее оптимальной тактики хирургического лечения нами были использован целый комплекс инструментально-диагностических исследований.

§2.2.1. Диагностические методы на дооперационном этапе исследования

1. Ультразвуковое исследование

Данное ультразвуковое исследование (УЗИ) было проведено всем больным, в случае экстренного поступления больного УЗИ было проведено в первые сутки с момента поступления больного в стационар.

Проведенные исследования показали, что в 95% случаев в полости желчного пузыря определяли эхо-признаки наличия конкрементов, причем в 88,2% случаев эхокартина соответствовала картине острого холецистита (рис.2.4). Сам гепатикохоледох отчетливо визуализируется почти у всех больных (94%), при этом патологическое расширение просвета выявлено лишь у 87,5% больных. В диагностике поражений желчных протоков решающую роль играет визуализация признаков развившейся гипертензии в желчной системе.



Рис. 2.4. Больная К., 80 лет (история болезни № 3985). Острый холецистит. УЗИ: увеличенный в размерах желчный пузырь (10x5см.) с утолщенной стенкой; в просвете дополнительные эхо-структуры (конкременты), дающие акустические тени.



Рис. 2.5 Больная К., 75 лет (история болезни № 6730). Острый холецистит. Желтуха. УЗИ: Гепатикохоледох расширен до 11мм, в его просвете дополнительные эхо-структуры низкой и средней плотности (конкременты).

Плотные эхографические структуры в просвете гепатикохоледаха были выявлены почти в 70% случаев, местами такие уплотнения дают лишь акустическую тень. Визуализация

таких акустических образований говорит о развитии холедохолитиаза, особенно при расширении гепатикохоледоха более чем 9 мм (рис.2.5).

Также при помощи УЗИ провели мониторинг результатов проведенного хирургического результаты больных после микрохолецистостомии и санации желчного пузыря (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Больная П., 84 лет. Острый холецистит. Состояние после ЧЧМХС (14 сутки), санации желчного пузыря и демукозации его стенки. УЗИ: желчный пузырь уменьшен в размере в виде плотной овальной формы, эхо-структуры без просвета в области шейки и тела. Просвет сохранен частично в области дна пузыря.

Эзофагогастродуоденоскопия

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) была выполнена у 131 больному.

ЭГДС является одним из скрининговых методов предоперационного исследования. При достоверных признаках развития желчной гипертензии в обязательном порядке выполняли дуоденоскопию с тщательным осмотром большого дуоденального сосочка и планировании ЭПСТ.

При проведении ЭГДС были также выявлены следующие результаты: картина острого папиллита выявлена у 14 больных; парафатериальные дивертикулы - у 4 больных; в 18 случаях при ЭГДС и УЗИ признаки папиллостеноза в виде несколько втянутого и ригидного БДС, невыраженные признаки воспаления в области сосочка. У 9 больных абсолютно не был визуализирован БДС.

Очень важно при подозрении на гнойный холангит провести больным обзорную дуоденоскопию, так у пяти больных было отчетливо визуализировано поступление в просвет двенадцатиперстной кишки гнойно-мутной желчи с фибрином. В 14 случаях помимо патологии в гепатотохолежохе выявлена сопутствующие заболевания желудка и 12перстной кишки.

Лапароскопия и релапароскопия

В хирургическое отделение по экстренным показаниям были госпитализированы 34 больных, всем им было проведено лапароскопия. Из них 14 больным лапароскопическое исследование выполнили с целью проведения дифференциальной диагностики вследствие стертой картины между острым холециститом и сопутствующими заболеваниями органов ЖКТ. В случае развития желчного перитонита и при необходимости проведения санации с последующим дренированием брюшной полости была проведена релапароскопия. Полос проведения лапароскопии нередко по показаниям завершали катетеризацией желчного пузыря, с декомпрессией и санацией билиарного тракта. Полученный во время лапароскопии перитонеальный экссудат подвергался бактериологическому исследованию.

Пневмоперитонеум накладывали одним из известных способов. В зависимости от диаметра лапароскопа вводили 5 или 10мм троакар. Диагностическую лапароскопию проводили с использованием видеосистемы.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию выполнили у 37 больных с эндоскопической папиллотомией. Данный метод исследования считается одним из важных при диагностике патологических изменений в желчных протоках, основного протока поджелудочной железы, что дает возможность более объективно оценить состояние всей желчевыводящей системы, выявить причины развитие деструктивных изменений в стенке протоков, характер обструктивных процессов и т.д.

В нашем исследовании РХПГ было проведено в 25 случаях. Благодаря данной методике был правильно определен генез механической желтухи, места скопления контраста, тем самым правильно определить объем хирургического вмешательства при

признаках холестаза, а также грамотно спланировать комплекс проводимых мероприятий в индивидуальном порядке (рис. 2.7).

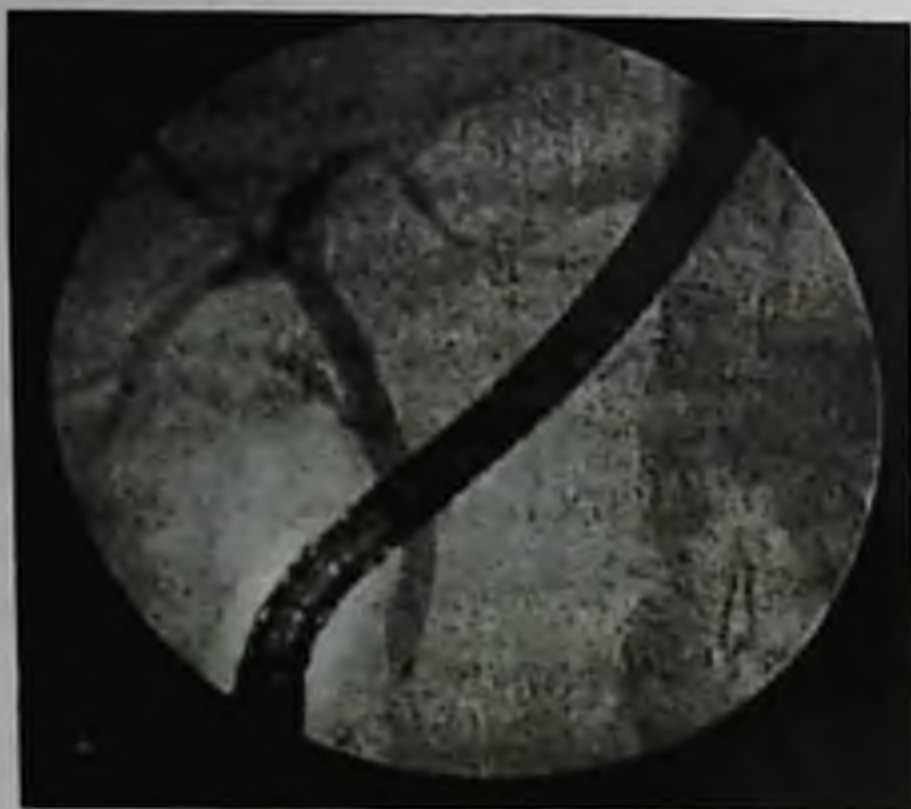


Рис. 2.7 РХПГ. Больная С. 47 лет. Состояние 3 сутки после операции ЛХЭ. Резидуальный холедохолитиаз, билиарная гипертензия

РХПГ проведено с помощью эндоскопа с боковым расположением оптики. В качестве контраста использовали 30% раствор урографина. ЭРХПГ, как было сказано выше, необходимо для выявления патологии желчных протоков, а также точно определить показания к проведению эндоскопических методов лечения холедохолитиаза и папиллостеноза. В нашем исследовании с помощью РХПГ у 27 больных был диагностирован холедохолитиаз (рис.2.8).



Рис. 2.8. РХПГ. Больная К., 77 лет, история болезни 4312. Обтурация крупным конкрементом расширенного до 2см гепатикохоледоха
Информативность РХПГ в диагностике холедохолитиаза составила 94%.

РХПГ проводилась в специальном рентгенологическом кабинете на рентгеновской установке С-дуга фирмы «General Electric» с электронно-оптическим преобразователем. Стандартно, данные проведенного исследования были в виде рентгеновского изображения на специальных пленках, также были записаны на диски ПК. Для подобного рода исследования используют различные типы и модели эндоскопических приборов. Нами были использованы эндоскопические приборы фирмы «Olympus» (Япония), которые характеризуются высокой надежностью и удобством в эксплуатации, это эндоскопы серии JF — IT 40 с инструментальным каналом диаметром 3,2 мм. Данная модель эндоскопа отличается значительным изгибом дистального конца с небольшим наружным диаметром. Это дает возможность эндоскопам максимально приспособиться к анатомическим и патологическим деформациям 12перстной кишки. В случае проведения РХПГ с транспапилярным доступом использовались эндоскопы с диаметром внутреннего инструментального канала — 4,2 мм.

В качестве контраста использовали следующие препараты: урографин, тразограф, омнипак 300, ультравист 300 с концентрацией 25-30% для избежания эффекта «забивания» конкрементов малой плотности.

Магнитно-резонансная панкреатохолангиографии (МРПХГ)

МРПХГ — самый информативный сканирующий метод диагностики и выполнен 13 больным. Исследование выполнялось на аппарате «Philips Gyroscan Intera», 1,0 Т. Методика МРПХГ позволяла без введения контрастных веществ и интервенции в желчную систему, получать целостное прямое изображение внутри и внепеченочных желчных протоков. Изображение можно получить в нескольких проекциях (горизонтальной, фронтальной, сагиттальной) в зависимости от цели исследования. МРПХГ отличается хорошей воспроизводимостью. Применение МРПХГ на этапе дооперационного обследования, позволило неинвазивным способом оценить степень выраженности билиарной гипертензии, выявить особенности анатомии желчного дерева и оценить уровень повреждения (рис 2.9).



Рис. 2.9. МР- холангиограмма. Больной Д., 75 лет, история болезни 9238/872. Холедохолитиаз и расширение внутри – и внепеченочных желчных протоков при обструктивном холангите

§2.2.2. Диагностические методы на операционном этапе

Для полного определения состояния желчных протоков, причины возникновения их непроходимости на операционном этапе необходимо провести полный осмотр гепатикохоледоха, далее диагностическую холедохотомию и фиброхоледохоскопию, интраоперационную холангиографию, зондирование желчных протоков.

Основными параметрами при проведении осмотра гепатикохоледоха явились показатели изменения диаметра и стенки протоков. В нашем исследовании абсолютно во всех случаях при расширении просвета протоков более чем 10 мм в стенке протоках наблюдались патологические преобразования.

В случае зондирования желчных протоков на всем их протяжении смотрели на суженные участки с целью определения локализации патологического сужения как в области БДС и конечного отдела холедоха. Само зондирование желчных протоков осуществляли с помощью специального калибровочного зонда через доступ в зоне холедохотомического отверстия или пузырного протока. В случае затрудненного проведения зонда диаметром более, чем 3 мм в двенадцатиперстную кишку было принято считать развитием папиллостеноза, при этом в нашем случае это составило около 72% от всех случаев соответственно.

Фиброхоледохоскопия

Фиброхоледохоскопия (ФХС) являлась наиболее информативным методом диагностики патологии желчных протоков, преимущество данного исследования является простота в техническом исполнении, безопасность.

Фиброхоледохоскопию выполняли при расширении холедоха более чем 10 мм, при наличии клинических, эхографических и рентгенологических признаках патологии желчных протоков. Фиброхоледохоскопия проведена у 29 больных. Использовали фиброхоледохоскоп фирмы "Olympus" диаметром 5,6 мм. Эндоскоп вводили через холедохотомическое отверстие. Вначале осматривали проксимальные отделы желчных протоков, затем дистальные и зону усть БДС.

Наши результаты следующие: у 25 больных определены наличие конкрементов в желчных протоках выявили; у 3х больных – папиллостеноз; у 17 больных – картина холангита. Следует отметить, что состояние БДС при папиллостенозе характеризуется видимыми рубцово-деструктивными изменениями, значительным сужением устья сосочка. Также рекомендовано использование фиброхоледохоскопии для последующего мониторинга состояния желчных протоков после проведения папиллосфинктеротомии.

Высокая эффективность, технически простота в исполнении и безопасность данного исследования дает возможность выбрать наиболее оптимальный объем и метод оперативного вмешательства у больных с острым холециститом, осложненным патологией желчных протоков.

В комплекс методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, под динамическим контролем которых проводили лечение больных входили:

1. Мониторинг температуры тела, артериального давления (АД), пульса (ЧСС), центрального венозного давления (ЦВД).

2. Общий анализ крови и мочи.

3. Динамическое определение основных биохимических параметров крови (глюкоза, общий белок, альбумин, билирубин и его фракции, аланин-трансаминаза (АлАТ), аспартат-трансаминаза (АсАТ), креатинин, мочевины, электролиты (К, Na, Ca).

4. Оценка газового состава артериальной и смешанной венозной крови, а также кислотно-основного состояния.

5. Коагулограмма.

6. Регистрация ЭКГ.

7. Осуществляли контроль почасового и суточного диуреза, подсчет патологических и физиологических потерь.

Лабораторные исследования периферической крови, мочи, биохимические анализы крови выполняли по общепринятым методикам.

Для характеристики степени эндогенной интоксикации и динамики воспалительного процесса использовали подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа.

С целью своевременной диагностики осложнений микробиологическому исследованию подвергали кровь, желчь, перитонеальный экссудат, жидкости, аспирированные при диагностических пункциях в лабораториях клинической микробиологии.

Для оценки тяжести состояния больных использовали шкалу APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Estimation; Knaus W.A. et al., 1985). Остроту физиологических показателей вычисляли посредством сложения баллов, полученных при оценке физиологических и лабораторных параметров организма. Состояние нервной системы оценивали по шкале ком Глазго. Общий балл шкалы APACHE II получали путем сложения баллов физиологических показателей, возраста пациентов и хронических заболеваний.

Степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment; Vincent J.L. et al., 1996), которая учитывает нарушения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночной, почечной, кровеносной и центральной нервной систем.

Оценку синдрома системной воспалительной реакции SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; Bone R.C. et al. 1991) проводили путем выявления международных клинико-лабораторным критериев:

- температура тела более 38 °C или менее 36 °C;
- тахикардия более 90 уд. в мин.;
- тахипноэ более 20 в мин. или рСО₂ менее 32 мм рт. ст.;
- лейкоцитоз более 12х10⁹/л или менее 4х10⁹/л, или более 10% незрелых форм.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием персонального компьютера «IBMPCAT «Pentium-IV» с пакетом прикладных программ расширенного выпуска «Microsoft Office» версия 2000 для персонального компьютера. Оценку статистической значимости показателей и достоверности различий сравниваемых групп производили с использованием программного пакета «BIOSTAT», с использованием критериев Стьюдента, Фишера и χ^2 . Для анализа зависимостей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

ГЛАВА III. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

§ 3.1. Особенности клиники желчнокаменной болезни осложненной клиникой острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

Для осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста, характерно разнообразие клинических проявлений.

Острый холецистит, осложненный патологией желчных протоков, проявлялся симптоматикой острого воспаления желчного пузыря и признаками нарушения проходимости гепатикохоледоха. В связи с этим нами была поставлена задача провести сравнительный анализ клинической картины острого холецистита с одной стороны, и воспалительных процессов в желчных протоках с другой.

Анализ клинической картины у больных (n=105) с острым холециститом показал, что основным характерным симптомом является наличие болевого синдрома, при этом у больного наблюдается как отдельные болевые ощущения различной интенсивности, так и боли в правом подреберье во время проведения пальпации. Данный диагностический критерий был выявлен у 79 больных, 26 больных отмечают низкую интенсивность боли, среди них у четверых они почти отсутствуют. Показателен факт наличия болевого синдрома меньшей интенсивности в группе больных старше 75 лет, причем по отношению ко второй возрастной группе (60-74 лет) больных почти в два раза чаще фиксируется наличие лишь слабых болей.

Локализация боли у 65 пациентов была только в области правого подреберья, у 28 больных болевые ощущения отмечаются в

верхнем этаже живота, у 3-х больных по всей поверхности живота. Иная картина наблюдается в группе больных, старше 75 лет, у всех пациентов болевые ощущения не имеют четкой локализации, они распределены по всей поверхности живота. Причина такой

Таблица 3.1

Клинические проявления острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных n=105 (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет n=89 (100%)	старше 75 лет n=16 (100%)
Боль: выраженная	79(75,2%)	67(75,3%)	12(75%)
Слабая	26(24,8%)	22(24,7%)	4(25%)
В правом подреберье	65(61,9%)	-	-
В верхних отделах живота	28(26,6%)	-	-
По всему животу	3(2,8%)	-	-
Иррадиация в правую лопатку	33(31,4%)	21(23,6%)	12(75%)
В поясницу	24(22,8%)	14(15,7%)	10(62,5%)
В сердце	12(11,4%)	4(4,5%)	8(50%)
Рвота	51(48,6%)	40(44,9%)	11(68,75%)
Напряжение мышц живота	50(47,6%)	43(48,3%)	7(43,75%)
Увеличенный желчный пузырь	49(46,6%)	38(42,7%)	11(68,75%)
Симптом Ортнера	82(78,1%)	70(78,6%)	12(75%)
Симптом Щеткина-Блюмберга	11(10,5%)	7(7,8%)	4(25%)

клинической картины, на наш взгляд обусловлена развитием осложнений ЖКБ экстрапузырного характера, например – перитонит, формирование инфильтрата. Нельзя упускать из виду наличие у больных старшей возрастной группы наличие поликоморбидной патологии различного генеза, а также вовлечение в процесс ряда внутренних органов, в частности поджелудочной железы.

Различно также и начало заболевания, так 58 пациентов отмечают начало с приступа острых болей, оставшая часть больных

отмечает постепенное начало заболевания. Данная клиническая картина характерна для больных пожилого возраста (старше 75 лет).

Как представлено в таблице 3.1, у 33 больных боли иррадиировали в правую лопатку, у 24 - в поясничную область, у 12 - в область сердца. Заметно чаще иррадиация боли в правую лопатку и поясницу наблюдалась у больных первой возрастной группы, тогда как иррадиация в область сердца - второй. Появление боли в животе у 51 больного сопровождалось рвотой. Вместе с выраженной болезненностью живота у 50 пациентов определялось защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Появление этого симптома и его выраженность не всегда соответствовали тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре. Так, у 31 больного с деструктивным холециститом напряжение мышц брюшной стенки не определялось, из них 13 больных были старше 75 лет. Частота этого признака при деструктивном холецистите соответствовала в первой возрастной группе 77,8%, во второй - 62,9%.

Достоверный симптом острого холецистита - увеличенный напряженный болезненный желчный пузырь - выявлен у 49 больных.

Более частое выявление увеличенного желчного пузыря во второй возрастной группе было обусловлено меньшей выраженностью защитного напряжения мышц в области правого подреберья, что позволяло проводить более свободную пальпацию желчного пузыря

Один из постоянных клинических признаков острого холецистита - симптом Ортнера - выявлен у 82 больных. Он выявляется гораздо чаще (91,6% против 80,7%) и выражен ярче, чем у больных старше 75 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга диагностирован у 11 больных с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом. Между тем, у 4 из них с местным перитонитом этот симптом не выявлен (3 из них были старше 75 лет).

Симптоматика острого холецистита была выражена и соответствовала форме воспаления желчного пузыря у 88,7% больных моложе и 67,6 % больных старше 75 лет.

Протокол клинического наблюдения №1. Больная Х., 73 года, ш/б №10974/634, поступила в клинику 12.10.2020 г. с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Болеет в течение 3-х дней. Свою болезнь связывает с перееданием жирной пищи. В анамнезе отмечала несколько раз приступообразных болей в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2015 года.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы чистые. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тон над аортой, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц в правом подреберье, под ребром пальпируется дно болезненного, увеличенного желчного пузыря. Симптомы Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Ht-24.

Биохимическое исследование крови: бил.-19,65 ммоль/л, прям.-14,27 ммоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,86 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена.

УЗИ: желчный пузырь 15×8см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент вклинился в шейку желчного пузыря (рис. 3.1).



Рис. 3.1. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей больной Ш., 72 лет, ш/б №10634/974.

Клинический диагноз: «Острый деструктивный, калькулезный холецистит». Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия II степени.

§ 3.2. Особенности клиники желчнокаменной болезни осложненной клиникой холангита у больных пожилого и старческого возраста

У больных старших возрастных групп (n=66) патология желчных протоков при ЖКБ проявляется картиной холестаза - желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал, такая симптоматика обусловлена нарушением оттока желчи в кишечник. У данного контингента больных уровень билирубина превышал показатели 60 ммоль/л и выше. Продолжительность желтухи также различна, у 37 больных составила трое суток, у 20 больного желтуха продолжительностью от трех до семи суток и более чем 7 суток у 9 пациентов данной возрастной группы. Также было выявлено, что в 22 случаях же желтушность кожи и склер отмечена впервые, у 45 больных – желтуха повторно. Характерное для острого холецистита, осложненного доброкачественными поражениями желчных протоков, появление желтухи на фоне интенсивного болевого синдрома отмечено у 66,7% больных. Вместе с тем, у 19 больных боли, предшествующие и сопровождающие желтуху, были слабыми, а у 3 пациентов почти полностью отсутствовали.

Хочется отметить еще один факт, наблюдаемая лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не всегда полностью и объективно отражали состояние больных старческого возраста, степень выраженности патологии в желчных протоках. Оценку указанных диагностических тестов давали по данным, полученным в течение первых суток с момента поступления больных в хирургический стационар.

При развитии острого воспалительно-деструктивного процесса в желчных протоках у больных наблюдается лихорадочное состояние (n=52), при этом у 84% больных озноб различной интенсивности. Анализируя данные температурной кривой, исходя из возраста больного видно, что яркая температурная реакция отмечена прежде всего у больных в

возрасте 60-74 лет (86,0%), тогда как у лиц, старше 75 лет лишь в 40-41% соответственно.

У больных (62%), поступивших в стационар в экстренном порядке, наблюдается лейкоцитоз ($15 \times 10^9/\text{л}$), при этом у более половины больных нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы. Также следует отметить, что показатели лейкоцитоза коррелируют с данными тяжести течения заболевания.

Таблица 3.2

Клинические проявления клиники ЖКБ осложненной холангитом у больных пожилого и старческого возраста

Клинические проявления	Всего больных n=66 (100%)	Возраст больных	
		60-74 лет n=56 (100%)	старше 75 лет n=10 (100%)
Желтуха:			
- с интенсивным болевым синдромом	44 (66,7%)	40 (71,4%)	4 (40,0%)
- слабый болевой синдром	19 (28,8%)	15 (26,8%)	4 (40,0%)
- без болевого синдрома	3 (4,5%)	1 (1,8%)	2 (10,0%)
Уровень билирубинемии (по Гальперину Э.И., 2012):			
- 1 балл (< 60 мкмоль/л)	27 (40,9%)	24 (42,8%)	3 (30,0%)
- 2 балла (60-200 мкмоль/л)	34 (51,5%)	30 (53,6%)	4 (40,0%)
- 3 балла (>200 мкмоль/л)	5 (7,6%)	2 (3,6%)	3 (30,0%)
Продолжительность желтухи:			
- до 3-х суток	37 (56,1%)	35 (62,5%)	2 (20,0%)
- от 3 до 7 суток	20 (30,3%)	17 (30,4%)	3 (30,0%)
- свыше 7 суток	9 (13,6%)	4 (7,1%)	5 (50,0%)
Температурная реакция:			
- нормальная	14 (21,2%)	8 (14,3%)	6 (60,0%)
- субфебрильная	40 (60,6%)	37 (66,1%)	3 (30,0%)
- гектическая	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)
Лейкоциты в крови:			
- до $9 \times 10^9/\text{л}$	25 (37,9%)	20 (35,7%)	5 (50,0%)
- от $9 \times 10^9/\text{л}$ до $15 \times 10^9/\text{л}$	29 (43,9%)	25 (44,6%)	4 (40,0%)
- более $15 \times 10^9/\text{л}$	12 (18,2%)	11 (19,6%)	1 (10,0%)

Однако, у части поступивших больных (n=14) несмотря на нормальные показатели количества лейкоцитов в периферической крови (менее $10,0 \times 10^9/\text{л}$), был диагностирован гнойный или гнойно-деструктивный холангит. Подобная картина отсутствия лейкоцитоза чаще наблюдалась у больных старше 75 лет.

Следовательно, лейкоцитарная реакция и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного, особенно если пациент старше чем 75 лет. (табл. 3.2).

В 61,0 % случаев у больных пожилого и старческого возраста выявлена характерная триада симптомов для гнойного холангита, в оставшихся случаях клиническая картина патологии желчных протоков заметно стертая. Подобная картина характерна для контингента больных, у кого выявлен слабый болевой синдром.

Протокол клинического наблюдения №2. Больной З., 77 лет, ш/б №8345/792, поступил в клинику 23.08.2021 г. с жалобами на боли в правом подреберье, озноб, повышение температуры тела до 39°C, тошноту, рвоту, потемнение цвета мочи и иктеричность склеры. Болеет в течение недели. Свою болезнь связывает с приемом жирной пищи. В анамнезе отмечал несколько раз приступообразных болей в правом подреберье с ознобом.

Общее состояние больного при поступлении средней тяжести, кожные покровы иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тон над аортой, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул ахоличный. Мочеиспускание свободное, цвет мочи темная.

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эр.- $3,6 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП - 0,8, тромб-280, л.- $23,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-35 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: бил.-195,65 мкмоль/л, прям.-124,27 мкмоль/л, АЛТ-1,96 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеви.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-54 г/л.

Рентгенография грудной клетки признаки хронического бронхита.

УЗИ: желчный пузырь 5,0×2,0см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см. Холедох расширен до 1,5см, имеется дистальный блок, внутрипеченочные желчные протоки расширены (рис. 3.2).



Рис. 3.2. УЗИ желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Больной З., 77 лет, ш/б №8345/792 (объяснение в тексте).

По показаниям больному проведено МРПХГ, где выявлено, что холедох расширен, в дистальном отделе имеется обтекаемый камень, контраст не значительно попадает в просвет ДПК. Желчный пузырь сморщенный в просвете конкременты (рис. 3.3).



Рис. 3.3. МРПХГ. Больной З., 77 лет, ш/б №8345/792 (объяснение в тексте).

Установлен клинический диагноз: «Острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит. Механическая желтуха».

Как видно из приведенных данных, у больных старше 75 лет в большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных

обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

Подобную клиническую картину можно объяснить возрастными инволютивными преобразованиями, протекающие в организме больного, особенно значительным снижением функционирования нервно-регуляторных механизмов, которые в свою очередь обусловили развитие нетипичной клинической картины, не отражающей степень патологических преобразований в желчных путях.

ГЛАВА IV. ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖКБ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

2015-2022 гг. в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета оперированы 171 больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ.

При этом наблюдались сочетания осложненных форм ЖКБ с преобладанием клиники холедохолитиаза и механической желтухи у 66 (38,6%) больных и клиники острого деструктивного холецистита у 105 (61,4%) больных.

В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на следующие группы исследования:

1. Группу сравнения составили 74 (43,3%) больных, которые в период 2015-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям;

2. Основную группу исследования составили 97 (56,7%) пациентов. Предложенный нами алгоритм проведения лечебно-диагностической тактики был построен с учетом приоритетного использования методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. При клинической реализации программы были положены рекомендации общества Европейской ассоциации хирургии - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

§4.1. Результаты хирургического лечения острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом в группе сравнения

Из всех 74 больных контрольной группы у 47 (63,5%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 27 (36,5%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС.

Мы исходили из принципа, что эффективное лечение острого деструктивного холецистита и обструктивного холангита

предусматривает соблюдение принципа активной хирургической тактики, вследствие которой при осложненных формах желчекаменной болезни в группе пациентов пожилого и старческого возрастов показано хирургическое вмешательство, которое необходимо провести в первые 24-48 часов с момента госпитализации.

Операции по экстренным показаниям (в течении ближайших 6 часов от поступления в стационар) произведены у 35 (47,3%) больных, из них у 16 вследствие острого деструктивного холецистита, у 10 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 9 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции холедоха с нарастающей механической желтухой и холангитом.

По срочным показаниям (в течении ближайших 24-72 часов) оперированы 39 (52,7%) пациентов при отсутствии перитонеальной симптоматики и выраженной прогрессирующей клиники обструктивного холангита (рис. 4.1).

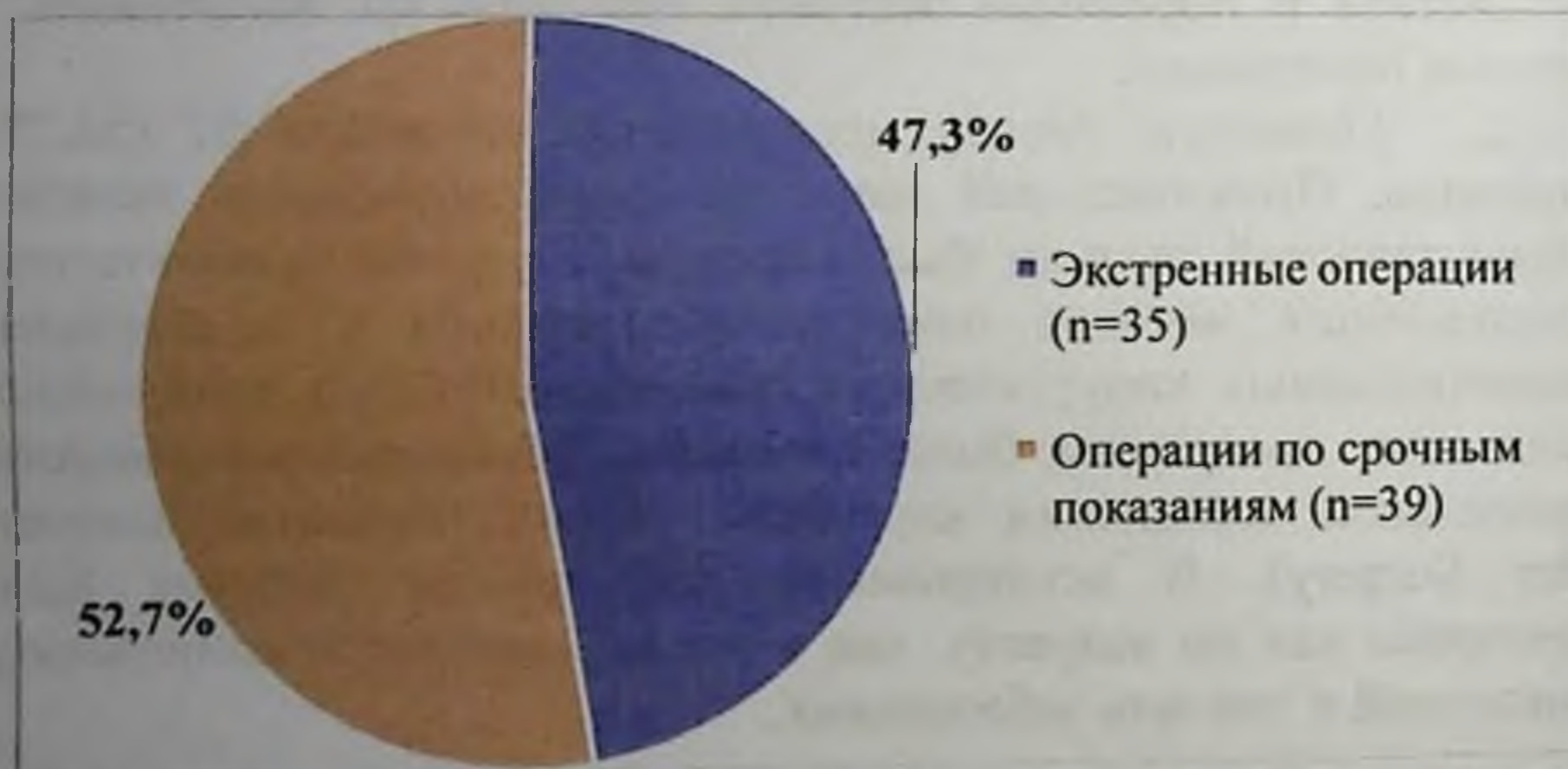


Рис. 4.1 Срочность хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ в гр. сравнения (n=74)

У всех оперированных 74 больных группы сравнения хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 47 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 27 больных) с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 33, из минилапаротомного доступа – 41 (рис. 4.2).



Рис. 4.2 Хирургические доступы при осложненных формах ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста в гр. сравнения (n=74)

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций в гр. сравнения показало, что эти показатели худшие после выполнения операций по экстренным показаниям: - летальность 11,4%, абдоминальные гнойно-септические осложнения 42,8%, внеабдоминальные осложнения коморбидной патологии 48,5%. При выполнении операций по срочным показаниям летальность составила 5,1%, частота гнойно-септических осложнений 23,2%, внеабдоминальные осложнения 35,9% (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Частота летальности и послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от срочности операций в гр. Сравнения

Срочность операции	Число операций	Летальность	Гнойно – септические осложнения	Внеабдоминальные осложнения
Экстренные операции	35(47,3%)	4(11,4%)	15(42,8%)	17 (48,5%)
Срочные операции	39(52,7%)	2(5,1%)	9 (23,2%)	14 (35,9%)
Всего	74 (100%)	6 (8,1%)	24 (32,4%)	31 (41,9%)

Примечание * - достоверность разницы показателей (p<0,05)

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от клиники острого холецистита или острого холангита в гр. сравнения показал, что наибольший процент неудовлетворительных результатов отмечен после выполнения операций по поводу обструктивного холангита, сопровождавшейся острым холециститом: - летальность составила 14,8%, частота гнойно-септических осложнений 48,1%, внеабдоминальные осложнения 55,6%. Тогда как после проведения оперативных вмешательств больным с диагнозом «острый деструктивный холецистит» без клиники обструктивного холангита летальность составила 4,6%, гнойно-септические послеоперационные осложнения 23,4%, внеабдоминальные осложнения 34,1% (табл.4.2).

Таблица 4.2

Частота летальности и послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ в гр. сравнения

Клиника ОГХ	Число операций	Летальность	Гнойно – септические осложнения	Внеабдоминальные осложнения
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита	27(36,5%)	4 (14,8%)	13(48,1%)	15 (55,6%)
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита	47 (63,5%)	2 (4,6%)	11 (23,4%)	16 (34,1%)
Всего	74 (100%)	6 (8,1%)	24 (32,4%)	31 (41,9%)

Примечание * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Таким образом, в группе сравнения наибольший процент летальных исходов, гнойно – септических и внеабдоминальных осложнений у больных пожилого и старческого возраста наблюдали после экстренных операций при ЖКБ с превалированием клиники нарастающей механической желтухи и обструктивного холангита дали экстренные операции, при

сочетании острый холецистит и холедохолитиаз с превалированием клиники обструктивного холангита – 14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно (рис 4.3).



Рис. 4.3. Частота летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций и осложненной клиники ЖКБ в гр. сравнения у больных пожилого и старческого возраста

В зависимости от срочности после экстренных операций показатели летальности, послеоперационных гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений составили 11,4%, 42,8% и 48,5% соответственно. После оперативных вмешательств выполненных по срочным показаниям 4,6%, 23,4% и 34,1% соответственно.

Причиной летальных исходов в исследуемой группе сравнения у 2 (2,7%) больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. В одном случае наблюдения (1,3%) развившийся перитонит явился причиной развития летального исхода. В 3 (4,1%) наблюдениях причиной смерти явилось острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие острого инфаркта миокарда у 2 больных и тромбоэмболии легочной артерии у 1 больной. Всего летальность в группе сравнения составило 8,1%, гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 24 больных (32,4%), внеабдоминальные осложнения 31 (41,9%) табл.4.3).

Таблица 4.3
Частота и причины летальности и послеоперационных осложнений у
больных пожилого и старческого возраста в гр. сравнения

Причины летальности	абс. (%)
Холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис	2 (2,7%)
Перитонит и абдоминальный сепсис	1 (1,3%)
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3 (4,1%)
из них: - острый инфаркт миокарда	2 (2,7%)
- ТЭЛА	1 (1,3%)
Всего	6 (8,1%)
Гнойно – септические осложнения	абс. (%)
Внутрибрюшное желчеистечение	5 (6,7%)
из них: - биллома	3 (4,1%)
- разлитой желчный перитонит	2 (2,7%)
Наружное желчеистечение	5 (6,7%)
Холемические кровотечения	4 (5,4%)
Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс	5 (6,7%)
Нагноение раны	12 (16,2%)
Всего	24 (32,4%)
Внеабдоминальные осложнения	31 (41,9%)

Примечание * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ, связанной не только с развитием билиарного или абдоминального сепсиса, а также вследствие обострения тяжелой коморбидной патологии явилось основной причиной разработки действенных мер по оптимизации оперативной тактики комплексного хирургического лечения у больных данной возрастной группы.

§4.2. Разработка мероприятий по оптимизации оперативных приемов хирургического лечения осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста с поэтапным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств

В основной группе из 97 больных пожилого и старческого возраста, оперированных в 2019-2022 гг. по поводу осложненных форм ЖКБ лечение осуществлялось с учетом степени тяжести больных и разработанному на их основе алгоритму, принятой в соответствии с критериями SIRS и классификации принятой в Токио 2018 г. (Tokyo Guidelines, 2018, TG18) (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Степень тяжести состояния больных в основной группе исследования (Tokyo Guidelines, 2018, TG18)

Степень тяжести	Критерии степени тяжести ОГХ
легкая степень тяжести	отвечающий на комплексную интенсивную (+ антибактериальную) терапию соответственно степени тяжести в течение первых 24 часов
средняя степень тяжести	не отвечающий на комплексную интенсивную (+ антибактериальную) терапию соответственно степени тяжести в течение первых 24 часов без наличия органной дисфункции.
тяжелая степень - сердечно-сосудистая система - нервная система - дыхательная система - почки - печень - кровь	не отвечающий на комплексную интенсивную (+ антибактериальную) терапию соответственно степени тяжести в течение первых 24 часов, с наличием органной дисфункции одного из органов или систем: - гипотензия, контролируемая дозами допамина более 5 мг/кг в минуту, или любыми дозами добутамина. - нарушение сознания - соотношение $P_{aO_2}/F_{iO_2} < 300$ - сывороточный креатинин $> 0,176$ ммоль/л - МНО $> 1,5$ - тромбоциты < 100 Г/л

Вместе с тем, в хирургическом лечении больных данной возрастной группы с осложненными формами ЖКБ выбор оперативного вмешательства, его объем зависит от многих

факторов, и прежде всего от тяжести физического состояния больного вследствие коморбидной патологии.

Для объективной оценки степени тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ нами предложена «Программа оценки тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни и прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений» включающая более 40 факторов риска (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 03904, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан) (табл. 4.5).

В зависимости от суммы баллов выделена 2 категории тяжести. Пациенты 1 категории с суммой баллов до 50 со средней степенью тяжести состояния и с прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. Пациенты 2 категории с суммой баллов 51 и выше относящиеся к группе с тяжелой степенью состояния и с прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений (табл. 4.6).

Таблица 4.5

Программа оценки тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни и прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений

№	Факторы риска	Балльная оценка
1.	Возраст 60-74 лет	3
2.	Возраст старше 75 лет	5
3.	Наличие ожирения I степени (с учетом индекса)	1
4.	Наличие ожирения II степени (с учетом индекса)	2
5.	Наличие ожирения III-IV степени (с учетом индекса)	3
6.	Ишемическая болезнь сердца в анамнезе	4
7.	Острый инфаркт миокарда в анамнезе	5
8.	Артериальная гипертензия (АД систолическое выше 180 мм рт. ст.)	3
9.	Артериальная гипотензия (АД систолическое ниже 100 мм рт. ст.)	4
10.	Тахикардия (>120 в минуту)	3

11.	Брадикардия (<60 в минуту)	3
12.	Нарушение ритма (мерцание, экстрасистолия)	3
13.	Нарушение проводимости (АВ-блокада, блокада ножек пучка Гиса)	3
14.	Выраженный коронарокардиосклероз (данные ЭКГ-диагностики)	3
15.	Нарушение кровообращения I-II степени	3
16.	Нарушение кровообращения III степени	5
17.	Различные пороки сердца	3
18.	ЦВД выше 14 см вод. ст.	3
19.	ЦВД ниже 2 см вод. ст.	3
20.	Искусственный водитель ритма (ЭКС)	3
21.	Варикозная болезнь; ПТФС	2
22.	Тахипноэ (>30 в минуту)	10
23.	Проба Штанге <15 с, проба Сообразе <10с	9
24.	Рентгенологические признаки пневмосклероза и эмфиземы легких	2
25.	ХНЗЛ (хронический бронхит, пневмония, бронхоэктазы, бронхиальная астма) и острые заболевания легких в анамнезе	6
26.	Пулumonэктомия в анамнезе	6
27.	Гемоглобин > 160 г/л (данные анализов)	4
28.	Гемоглобин <80 г/л (данные анализов)	5
29.	Гематокрит > 55% (данные анализов)	5
30.	Гемоглобин < 25% (данные анализов)	3
31.	Общий белок < 55 (данные анализов)	3
32.	Увеличение печени (до 4 см ниже края реберной дуги)	3
33.	Множественная рвота	6
34.	Жалобы на чувство жажды	5
35.	Признаки желтухи видимых кожных покровов и слизистой	6
36.	Температура > 38,5°C (на момент обследования)	5
37.	Почасовой диурез < 30 мл/ч	3
38.	Сахарный диабет в анамнезе	3
39.	Нарушение сознания (на момент обследования)	8
40.	Острое нарушение мозгового кровообращения (на момент обследования)	4

Таблица 4.6

Определение категории тяжести физического состояния больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни в зависимости от набранных баллов

Сумма баллов	Категория тяжести
до 50 баллов	1 категория
выше 50 баллов	2 категория

В соответствии с этими критериями 42 (43,3%) больных пожилого и старческого возраста с осложненным течением ЖКБ основной группы отнесены в группу со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. 55 (56,7%) больных этого контингента отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений.

Таблица 4.7.

Виды хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений (n=64)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=39)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	6	17
	ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	ЧЧМХС + пункция биломы →	МЛХЭ	6	
	только ЧЧМХС		3	22
	МЛХЭ		14	
	МЛХЭ, вскрытие перивезикального абсцесса		3	
	Лапаротомия, ХЭ и санация брюшной полости		5	
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=25)	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	4	20
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	7	
	только ЭПСТ		5	
	ЭПСТ и ЧЧМХС →	МЛХЭ	2	
	только ЭПСТ и ЧЧМХС		2	
	МЛХЭ и холедохолитотомия (при безуспешности ЭПСТ)		5	5

Таблица 4.8.

Виды хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33)

Клиника болезни	Вид операции		К-во больных	
	ЖКБ с превалированием клиники острого деструктивного холецистита (n=19)	ЧЧМХС →	ЛХЭ	2
ЧЧМХС→		МЛХЭ	2	
ЛХЭ		7	15	
МЛХЭ		8		
ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита (n=14)	МЛХЭ и холедохолитотомия		14	14

Больные были прооперированы с учетом предложенных критериев тяжести состояния а также клиники осложненного течения ЖКБ (табл 4.7, табл 4.8).

При превалирование клиники острого деструктивного холецистита в основной группе из 58 больных 39 отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 11 из них констатирован желчный перитонит (разлитой у 5, у 6 отграниченный в виде сформировавшейся биломы).

Из-за тяжести состояния 17 больных 1 этапом проведена чресноочно-чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС), из них у 6 также пунктированы и санированы отграниченные в подпеченочном пространстве биломы. 2 этапом лечения на 10-14 сутки проведена холецистэктомия 14 больным, из них ЛХЭ—6, ХЭ из минилапаротомного доступа—8. 3 больных выписаны без проведения ХЭ с функционирующей холецистостомой.

Протокол клинического наблюдения №3

Больная З., 69 лет, ш/б №7022/1025, поступила в клинику 16.10.2019 г. с жалобами на боли в правом подреберье, озноб, повышение температуры тела до 39°C, временами тошнота, неоднократно рвота остатками пищи, потемнение цвета мочи и иктеричность склеры. Болеет в течение недели. Свою болезнь связывает с переизбытком жирной пищи. В анамнезе отмечала несколько раз приступаобразных болей в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2016 года.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тон над аортой, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен налетом белого цвета. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации напряжение мышц в правом подреберье, под ребром пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, болезненность при надавливании. Симптомы Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.



Рис. 4.6. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей больной 3., 69 лет.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Ht-24.

Биохимическое исследование крови: бил.-149,65 мкмоль/л, прям.-138,27 мкмоль/л, АЛТ-1,96 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена.

УЗИ: желчный пузырь 15×8см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент вклинился в шейку желчного пузыря (рис. 4.6). Холедох d-1,9 см, внутрипеченочные желчные протоки расширены.

С клиническим диагнозом: «Острый деструктивный калькулезный холецистит, холангит. Механическая желтуха». 17.10.2019 г. из-за тяжелого состояния больной первым этапом под контролем УЗИ была наложена разгрузочная микрохолецистостомия. Эвакуировано 120 мл гноя, установлен катетер в полости желчного пузыря. 18.10.2019 г. с целью декомпрессии желчевыводящих протоков проведено ЭПСТ с НБД. Под давлением выделилось густая, мутная желчь и конкременты 0,5-0,6 см мягкой консистенции. За сутки из назобилиарного дренажа выделилось густая мутная желчь с хлопьями. В течении 10 дней желчевыводящие протоки промыты 0,06% раствором гипохлорита натрия через НБД и проведена дезинтоксикационная терапия. Состояние больной на 7 сутки после микрохолецистостомы и НБД улучшилось.

Повторный анализ крови на 8 сутки после НБД Общий анализ крови: Нв-94 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-15 мм/ч, Нt-24. Биохимическое исследование крови: бил.-29,15 мкмоль/л, прям.-18,1 мкмоль/л, АЛТ-0,92 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

27. 10.2019 г. больной под эндотрахеальным наркозом выполнена лапароскопическая холецистэктомия.



Рис. 4.7. Этапы лапароскопической холецистэктомии (больная З. 59 лет, ш/б 7022/1025).

Течение послеоперационного периода гладкое, из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки после ЛХЭ (1.11.2019 г.).

22 больных оперированы одним этапом. 17 больным с острым деструктивным холециститом проведена МЛХЭ, из которых у 3 вследствие расплавления стенки гангренозно измененного желчного пузыря, т.е. было проведено вскрытие перивезикального абсцесса. 5 больным с клиникой разлитого желчного перитонита проведена ХЭ с санацией брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

Протокол клинического наблюдения №4

Больная Н., 78 л. ИБ № 4677/342 поступила в 1 клинику СамМИ 24.05.2019 с жалобами на боли по всему животу, тошнота, неоднократная рвота, вздутие живота, сухость во рту, повышение температуры, озноб, желтушность склер, ахоличный стул, общую слабость. Из анамнеза болеет в течении 7 дней. Общее состояние больной при поступлении тяжелое, кожные покровы и склеры иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается слабое везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен налетом серого цвета. Живот симметричный, вздут, практически не участвует в акте дыхания, при пальпации передней стенки живота определяется напряжение мышц и болезненность. Симптомы Щеткин – Блюмберга, Ортнер – Грекова, Мерфи, Мюсси – Георгиевского положительна. Печень и селезенка не пальпируются. Стул ахоличный. Мочеиспускание свободное. Общий анализ крови: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП-0,7, тромб-210, л.- $12,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-2'30"-3'50", п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, СОЭ-26 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-126,6 мкмоль/л, АЛТ-0,98 ммоль/л, АСТ-1,19 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-8,36 ммоль/л, ост.азот-19 г/л, креат.-119,2 мкмоль/л, общ.белок-52,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: без патологии. УЗИ: желчный пузырь размерами 94x45 мм, стенки утолщены до 8 мм, в области шейки определяется конкремент размерами 9x13 мм. Внутрипеченочные желчные протоки незначительно расширенные, стенки утолщены, в просвете холедоха визуализируется конкремент размерами 10x8 мм. Кишечные петли расширены, вздуты. В подпеченочной области и в полости малого таза определяется свободная жидкость в количестве 300 мл.

С клиническим диагнозом: «Острый калькулёзный деструктивный холецистит. Холедохолитиаз. Острый гнойный

холангит. Механическая желтуха. Перитонит» 25.05.2019г. Больной под общим эндотрахеальным наркозом произведена операция: «Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Санация и наружное дренирование холедоха по А.В. Вишневному. Санация и дренирование брюшной полости». В 1 – сутки послеоперации дебит желчи из дренажной трубки составило 70-80 мл густой мутной желчи с хлопьями. При бактериологическом исследовании желчи определена микробная обсеменение с возбудителем *E. coli*, которая наиболее чувствительна к антибиотикому Цефотаксим. Во 2 сутки после операции для более быстрого снижения воспалительных явлений в желчных протоках осуществляли санацию холедоха 0,06% раствором гипохлорита натрия. После первого сеанса промывания холедоха 0,06% раствором гипохлорита натрия дебит желчи составил 240 мл, после второго и третьего сеанса соответственно 370 и 560 мл. Выделение желчи становилась более обильной. При повторном бактериологическом исследовании желчи определяется значительное снижение титра микробов. После 4 сеанса промывания холедоха 0,06% раствором гипохлорита натрия явления гнойного холангита полностью стихли. При повторном исследовании крови: Нв-74 г/л, эр.- $2,0 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП-0,7, тромб-243, л.- $8,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'30"-5'50", п.-2%, с.-66%, эоз.-3%, лимф.-24%, мон.-5, СОЭ-14 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-36,6 мкмоль/л, АЛТ-0,78 ммоль/л, АСТ-0,91 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-7,56 ммоль/л, ост.азот-16 г/л, креат.-89,2 мкмоль/л, общ.белок-55,3 г/л. УЗИ: Внутривеночные желчные протоки в норме, стенки толщиной 3 мм, в просвете холедоха визуализируется дренажная трубка. На 7 сутки после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии с дренажем в холедохе.

19 больным пожилого и старческого возраста с клиникой острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений 15 проведена операция холецистэктомия (7-ЛХЭ, 8-ХЭ из минидоступа). Двухэтапное лечение с предварительной холецистостомией (ЧЧМХС) проведена 4 пациентам, причем 2 с пункционной санацией отграниченной перивезикальной биломы. Этим 2 больным в последующем ХЭ

проведена из минидоступа. Еще 2 пациентам после микрохолецистостомии проведена ЛХЭ.

Протокол клинического наблюдения №5

Больная З., 65 лет, ш/б №3062/525, поступила в клинику СамМИ 12.02.2019 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье, озноб, тошноту, неоднократная рвота, потемнение цвета мочи. Болеет в течение недели. Свою болезнь связывает с перееданием жирной пищи. В анамнезе отмечала несколько раз приступаобразные боли в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2013 года.



Рис. 4.8. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей больной З., 65 лет.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы субиктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Язык немного суховат, обложен налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц в правом подреберье, под ребром пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, при надавливании которого определяется резкая боль. Симптомы Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромбо-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Ht-24.

Биохимическое исследование крови: бил.-149,65 мкмоль/л, прям.-138,27 мкмоль/л, АЛТ-1,96 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена.

УЗИ: желчный пузырь 12×4см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент вклинился в шейку желчного пузыря (рис. 4.8). Холедох d-0,8 см, внутрипеченочные желчные протоки расширены.

На ЭКГ отмечается ишемия задней стенки миокарда левого желудочка.

С клиническим диагнозом: «Острый обструктивный, деструктивный калькулезный холецистит. Механическая желтуха. Холангит». 13.02.2019 г. первым этапом под контролем УЗИ была наложена микрохолецистостомия с целью декомпрессии желчевыводящих протоков была попытка ЭПСТ. Установить НБД не представлялось возможным. За сутки из микрохолецистостомы выделилось желчь с примесью гноя в количестве 10 мл. В течении 7 дней проводилось антибиотикотерапия (цефтриаксон 1,0 в/в × 2 раза), метронидазол в/в и дезинтоксикационная терапия).

Состояние больной на 6 сутки после микрохолецистостомии улучшилось. Повторный анализ крови на 8 сутки после микрохолецистостомы. Общий анализ крови: Нв-86 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-20 мм/ч, Нt-24. Биохимическое исследование крови: бил.-25,15 мкмоль/л, прям.-16,1 мкмоль/л, АЛТ-0,92 ммоль/л, АСТ-1,04 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

20. 02.2019 г. больной под эндотрахеальным наркозом выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия из минилапаротомного доступа. Произведен разрез кожи в правом подреберье длиной 5 см трансректально. При ревизии брюшной полости к желчному пузырю припаян большой сальник, острыми и тупыми путями рыхлые спайки разъединены, в область кармана Гартмана и к шейки желчного пузыря плотно припаяна стенка

двенадцатиперстной кишки, гепатикохоледох идентифицировался. Желчный пузырь размером 15х6 см. Гепатикохоледох расширен до 2 см в диаметре. Произведена холецистэктомия от шейки. Далее проведено холедохолитотомия, из холедохотомического отверстия выделилось гной и желчь под давлением. Удален конкремент 1,5 см и установлена дренажная трубка по А.В. Вишневному. Подпеченочная область дренирована. Брюшная полость осушена и послойно ушита наглухо, швы на кожу, йод, спирт, асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. Из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки после операции (26.02.2019 г.).

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение при осложнении ЖКБ острым деструктивным холециститом у больных пожилого и старческого возраста проведено 21 (36,2%) больному из 58. Одноэтапная радикальная операция выполнено 37 пациентам (63,8%).

Холецистэктомия большей частью выполнено из минилапаротомного доступа – 35 наблюдений (60,3%). 15 (25,9%) пациентам проведена ЛХЭ, 5 (8,6%) пациентам ХЭ проведена из широкого лапаротомного доступа, 3 (5,2%) больных выписаны с холецистостомой.

В основной группе больных пожилого и старческого возраста с осложненным течением ЖКБ и превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита вследствие холедохолитиаза (n=39) с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений отнесены 25 пациентов.

Из-за тяжести состояния 16 (64%) больным I этапом лечения успешно выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия

(ЭПСТ) с последующим назобилиарным дренированием (НБД). У 5 (20%) пациентов попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны. Этим 5 больным с прогрессирующей клиникой механической желтухи и холангита произведена ХЭ и холедохолитотомия из минилапаротомного доступа в правом подреберье.

Из 16 пациентов, которым успешно проведено ЭПСТ 2 этапом после улучшения состояния и купирования клиники холангиогенной интоксикации 11 произведена ХЭ, из них 4 ЛХЭ, 7 пациентам ХЭ из минилапаротомного доступа. 5 пациентам после успешной ЭПСТ от радикальной операции воздержались и они так же выписаны из стационара.

При сочетании клиники обструктивного холангита и острого холецистита 4 больным проведены миниинвазивные декомпрессивные трансдуоденальные вмешательства – ЭПСТ с литоэкстракцией. Этим больным так же проведена ЧЧМХС. В дальнейшем 2 из них проведена МЛХЭ. 2 выписаны из стационара со значительным улучшением состояния.

Протокол клинического наблюдения №6

Больная С., 62 года, ш/б №9675/921, поступила в клинику СамМИ 10.09.2020 г. с жалобами на резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, постоянную тошноту, рвоту, озноб. Болеет в течение нескольких дней. В анамнезе отмечала несколько раз приступаобразных болей в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2016 года.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык немного суховат, обложен плотным белесоватым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации некторое напряжение мышц в правом подреберье, под ребром при пальпации чувствуется дно болезненного, увеличенного желчного пузыря. Симптомы

Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.



Рис. 4.9. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей больной З., 63 лет.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Нt-24. Биохимическое исследование крови: бил.-149,65 ммоль/л, прям.-124,27 ммоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,86 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

ЭКГ: ЧСС 96 ударов в минуту. Ишемия задней стенки левого желудочка. ЭхоКГ: ФВ-56%. Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена. УЗИ: желчный пузырь 5×2см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент заклинился в шейку желчного пузыря, холедох расширен более 1 см (рис. 4.9).

С клиническим диагнозом: «Острый деструктивный калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха» с целью декомпрессии желчевыводящих путей 11.09.2021 г. больной первым этапом произведена ЭПСТ с литоэкстракцией из холедоха.

Далее на 10 сутки после поступления в стационар и коррекции коморбидной патологии под эндотрахеальным наркозом выполнена холецистэктомия через мишларапотомный доступ.

Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. Из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки после операции (25.09.2021 г.).

14 пациентам со средней степени тяжести состояния выполнены одномоментные хирургические вмешательства в объеме ХЭ и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха из минидоступа в правом подреберье.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение в группе больных пожилого и старческого возраста с превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита проведено 20 (51,3%). Первым этапом у них успешно проведено ЭПСТ с НБД, причем 2 в сочетании с ЧЧМХС. После купирования холангиогенной интоксикации 13 из них 2 этапом проведено ХЭ (ЛХЭ—4, МЛХЭ—9). 7 (17,9%) больных со значительным улучшением состояния после ЭПСТ выписаны домой на амбулаторное наблюдение.

19 (48,7%) больным хирургическое вмешательство проведено одномоментно — выполнено ХЭ с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Из них 5 эта операция выполнено при безуспешности ЭПСТ.

Таким образом, 27 (42,2%) больным с тяжелой степенью тяжести состояния и высоким риском развития послеоперационных осложнений было проведено двухэтапное хирургическое лечение. 10 (15,6%) больным ограничились миниинвазивным декомпрессионным вмешательством на желчных путях. Одноэтапная радикальная хирургическая операция проведено у 27 (42,2%) больных, причем у 13 (20,3%) вынужденно при наличие клиники перитонита (5 больных) или перивезикального абсцесса (3 больных) либо при безуспешности ЭПСТ.

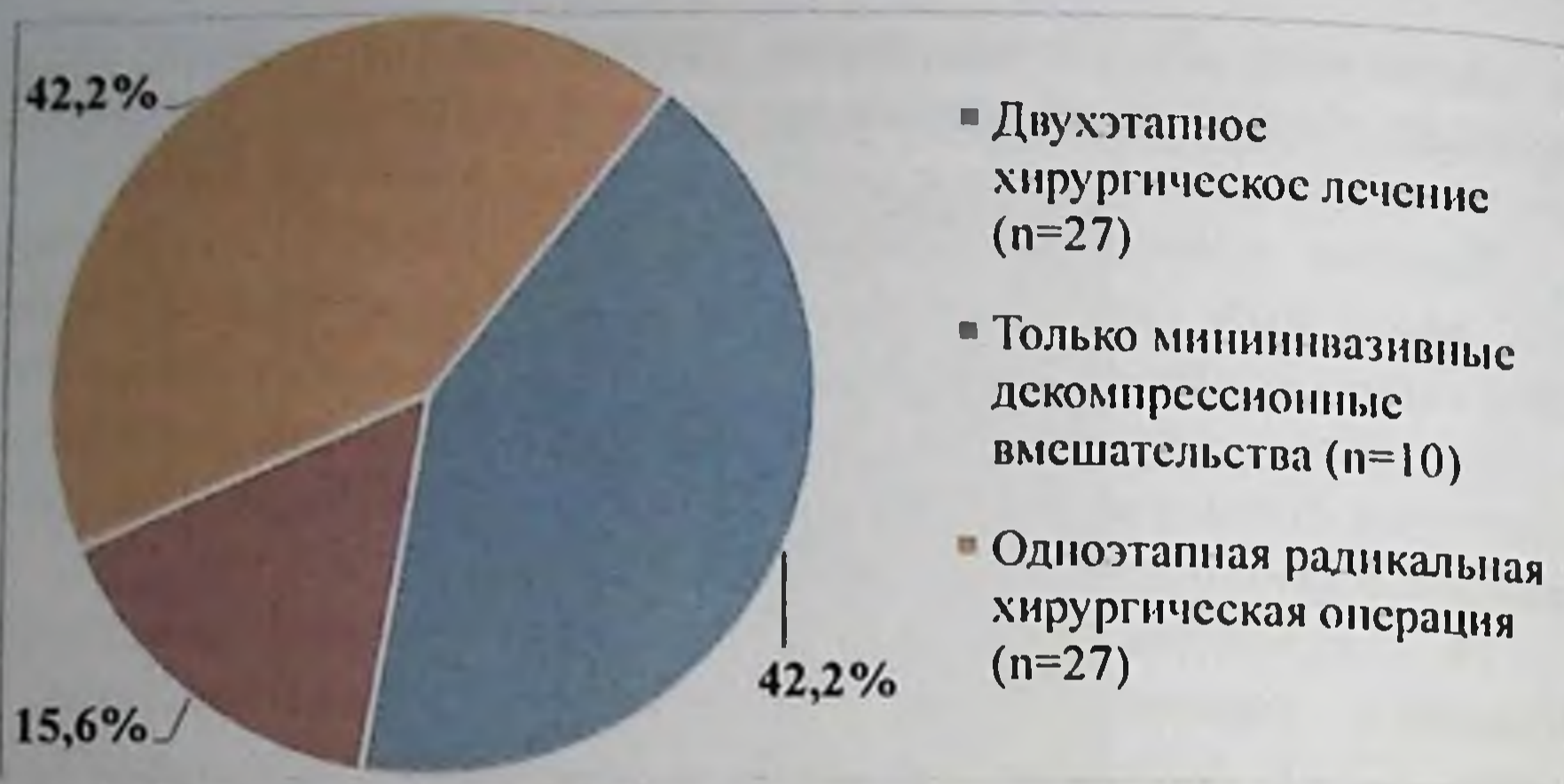


Рис. 4.10. Виды хирургического вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений (n=64)

Двухэтапные хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33) проведены 4 (12,1%) больным, тогда как одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 29 (87,9%) пациентам.

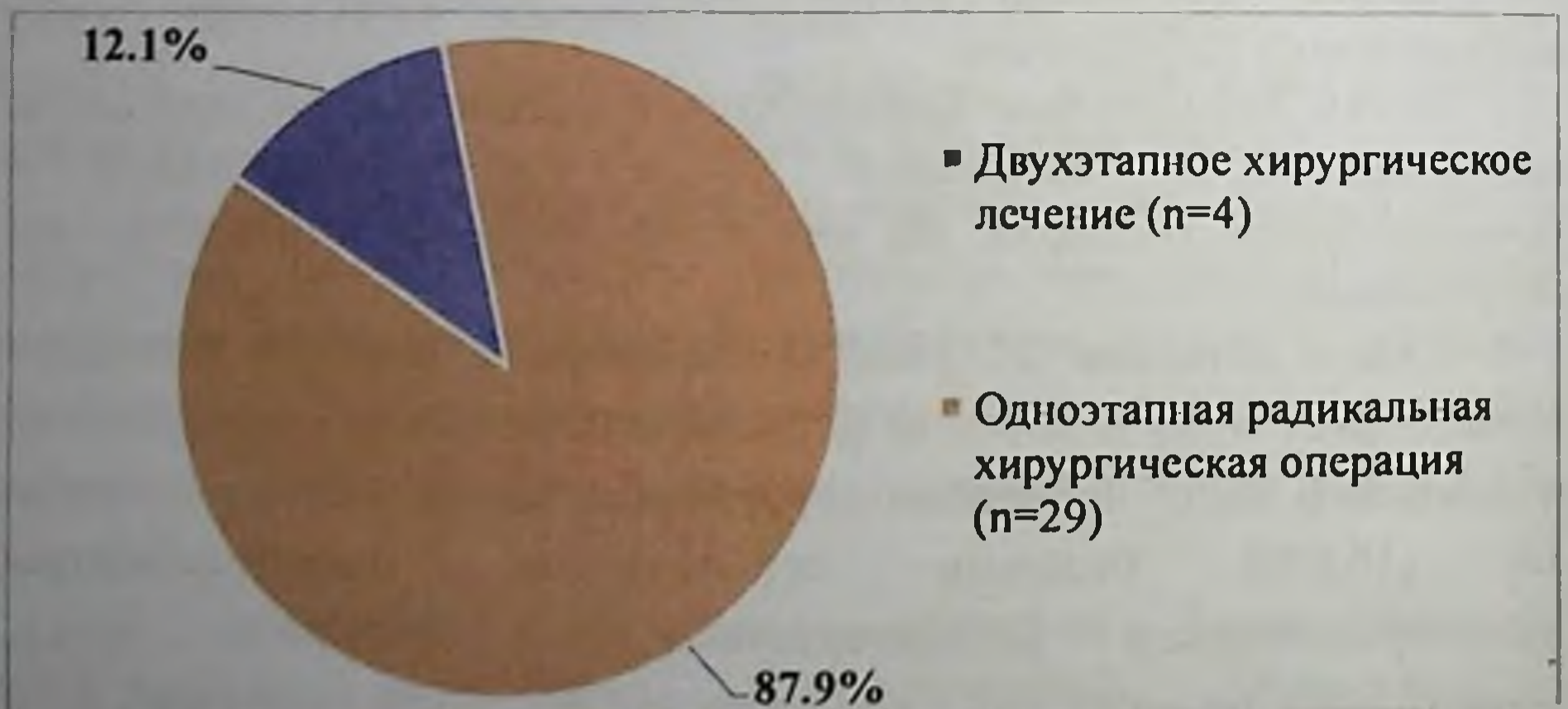


Рис. 4.11. Хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33)

В основной группе больных чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) была проведена у 25 (26,0%)

пациентов. С целью герметизации оперативного канала с дальнейшей профилактикой подтекания желчи в брюшную полость дренирование желчного пузыря провели через участок печеночной паренхимы под строгим контролем УЗИ. Независимо от объема оперативного вмешательства саму процедуру дренирования проводили с помощью «зонтичного» стилет-катетерам с специальной «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F.

Выбор данного хирургического вмешательства является альтернативой проведению экстренной открытой хирургической холецистостомии у больных с острым деструктивным холециститом на фоне их тяжелого состояния, а также большого риска развития послеоперационных осложнений. Вся операция проводится под строгим контролем УЗИ. В случаях выявления симптомов механической желтухи проведение дренирования желчного пузыря позволило добиться декомпрессии билиарной системы и, как следствие разрешения желтухи.

Весь хирургический объем чрескожного вмешательства выполняли на аппарате Buel & Kjer 1846 с секторным датчиком, работающим в режиме 3.5 МГц со съемной пункционной приставкой. В состав телемонитора данного аппарата входит электронная матрица для наведения траектории пункции на орган-мишень. Особенностью работы является определение угла наклона, около 20° с помощью пункционной приставкой, при этом необходимо, чтобы ход инструмента совпадал с линией на мониторе (рис. 4.12).



Рис. 4.12. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования

Процедуру дренирования проводили с помощью «зонтичного» стилет-катетера с специальной «корзинкой» на конце, диаметр катетера составил 4F и 9F по шкале Шарьера, длина катетера 25 см. особенностью данного катетера является наличие конусовидного сужения, что дает возможность фиксировать его на утолщении стилета. По мере натяжения фиксированного катетера лопасти "корзинки" распрямляются и это дает возможность свободному введению катетера в полость операционного канала (рис. 4.13).

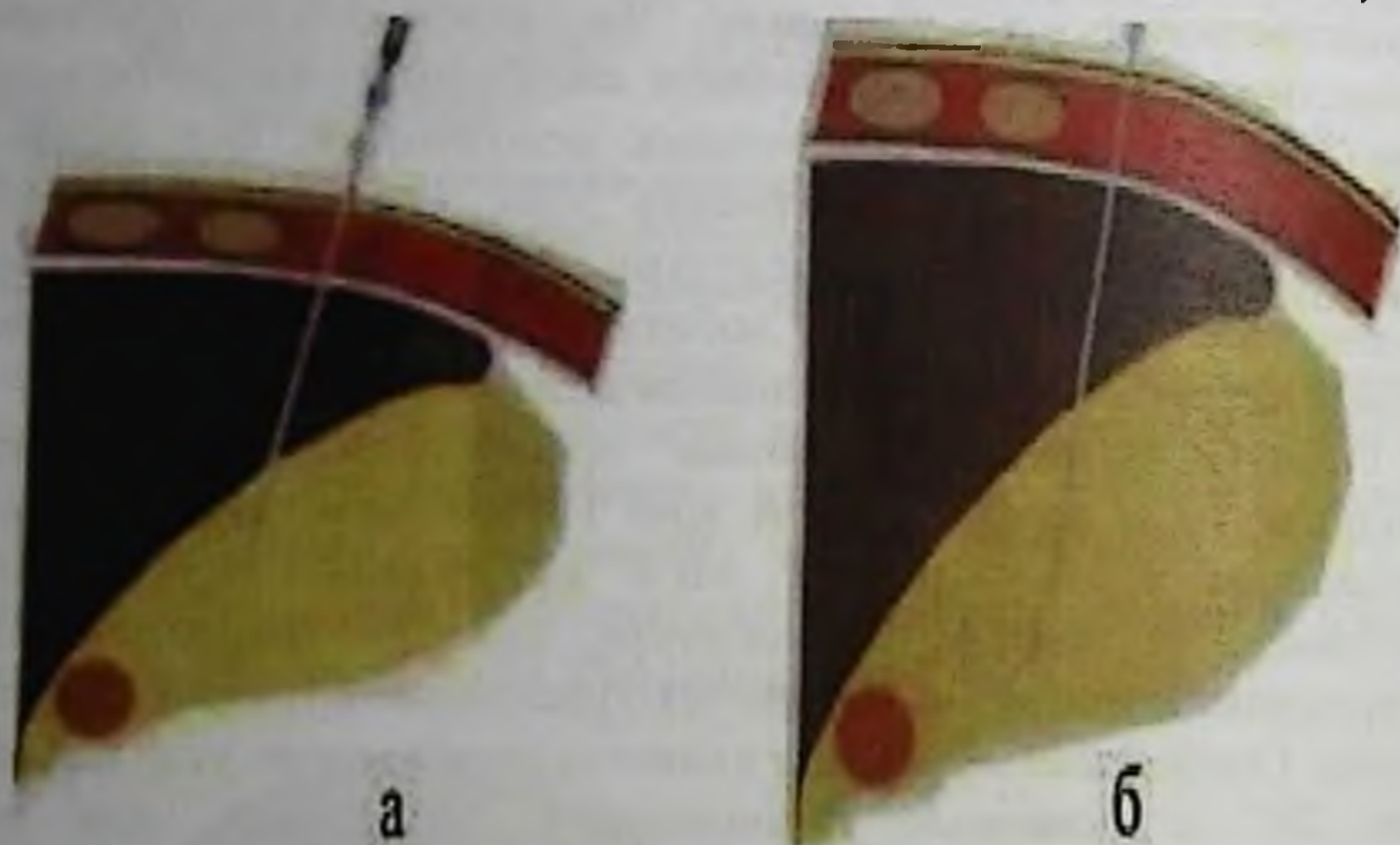


рис. 4.13. Чрескожно – чреспеченочная микрохолецистостомия методом стилет-катетера: а - пункционная игла с катетером введена через печень в желчный пузырь; б - в полости желчного пузыря находится катетер с памятью формы (схема)

В полости желчного пузыря находится катетер с памятью формы, что дает возможность плотно закрепиться в полости и не выпасть из него в момент вывода стилета, при этом сама "корзинка" возвращалась в исходное положение за счет "памяти" материала. Проведение ЧЧМХС выполнялось в асептических условиях в специально оборудованном кабинете под строгим контролем ультразвукового сканирования.

Ход проведения манипуляции: Кожа живота больного обрабатывали 3%-ным спиртовым раствором йода, в точке

предполагаемого вкола выполняли послойно местную анестезию кожи, подкожной клетчатки и мышц передней брюшной стенки 0,25%-ный раствор новокаина или тримекаина (в случае наличия аллергической реакции на данные препараты). Далее послойно проводили разрез кожи, ПЖК и апоневроз *m. obliquus externus abdominis* при помощи обоюдоострого скальпеля глубиной на 1-1,5 см. Под контролем УЗИ на задержке дыхания, фиксируя дистальный конец стилет-катетера проводится дренирование желчного пузыря. Продвижение катетера осуществляли до того момента, когда "корзинка" дренажа полностью окажется в полости желчного пузыря, далее фиксируя катетер, удаляли стилет (рис. 4.13).

Фиксацию к коже дренажной трубки провели накладыванием 2х шелковых швов. Учитывая анатомическую вариабельность проекции желчного пузыря точка пункции для каждого пациента индивидуальна, также нельзя упускать из виду функциональное состояние печени, что также будет способствовать изменению его положения. Среднестатично точка для проведения пункции соответствует прохождению *linia clavicularis media* ниже края реберной дуги.

Проведение ЧЧМХС осуществляется путем прохождения через паренхиму печени в заданной проекции желчного пузыря, при отступе от ее края на 1,5-2 см. Такая точка проекции способствует прохождению между телом и дном в наиболее расширенной области желчного пузыря под строгим контролем УЗИ. Как известно, анатомическое прикрепление задней стенки желчного пузыря к печени весьма вариабельна, следовательно с учетом этого фактора необходим правильный расчет пути доступа с помощью различных УЗИ сечений желчного пузыря (рис. 4.14).

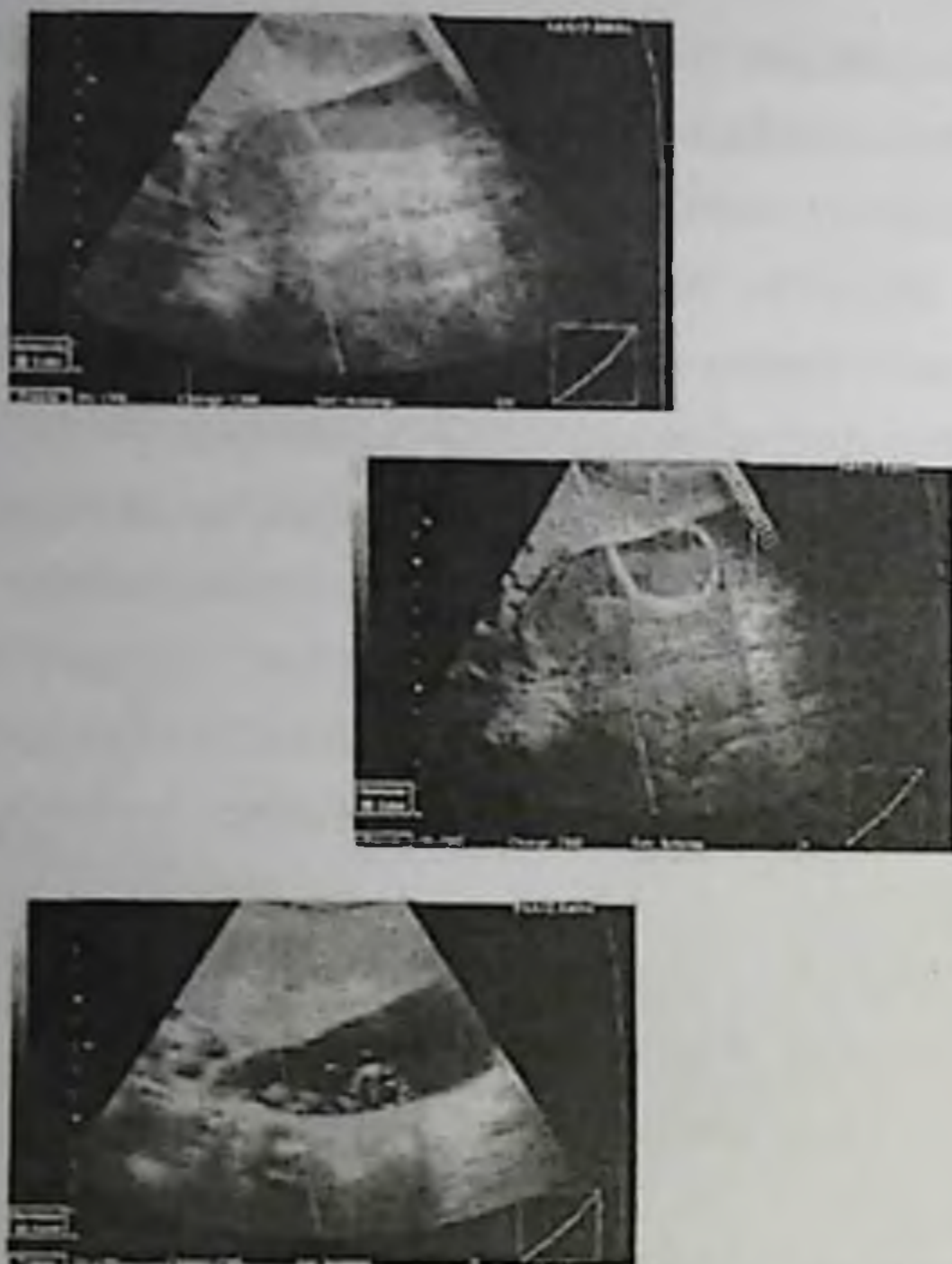


Рис. 4.14. Сонограмма. Этапы выполнения ЧЧСМХС.

Очень часто в случае выбора траектории только с учетом продольного ультразвуковом сечении желчного пузыря при прикреплении на небольшом протяжении введение катетера приводит к его попаданию в область, не сращенную с паренхимой печени, и именно это будет основной причиной попадания желчи в брюшную полость при данном вмешательстве. Аналогичное осложнение может иметь место и при нечреспеченочном проведении микрохолецистостомии. В силу приведенных выше обстоятельств необходимо рассчитывать траекторию используя данные поперечного ультразвукового сечения желчного пузыря, для датчик устанавливается таким образом, чтобы сканирующая пункционная плоскость проходила и через точку максисального значения проводолного среза пузыря и через печеночную паренхиму.

В случае правильного проведения ЧЧМХС провели полную эвакуацию содиржимого желчного пузыря, далее для проведения промывания полости до чистого выделяемого несколько удлиняли дренаж. Оценку полного опорожнения полости желчного пузыря давали на основании эхографического исследования, а чистоту отделяемой жидкости визуально. Как правило, визуализация просвета органа на УЗИ при нормально функционирующем катетере не видна.

Как указано в главе после ЧЧМХС вторым этапом произведено ХЭ 20 больным (ЛХЭ 8 больным, МЛХЭ 12). Из них ЧЧМХС в сочетании с ЭПСТ проведено 2 больным и завершено МЛХЭ. У 3 больных ЧЧМХС явилось окончательным методом лечения. Также ЧЧМХС в сочетании с ЭПСТ явилось окончательным методом лечения у 2 больных.

Протокол клинического наблюдения №7

Больная Л., 71лет, ш/б №4923/957, поступила в клинику СамМИ 15.03.2021 года. При поступлении жалобы на тянущие боли в правом подреберье, преходящая тошнота, рвота. Болеет в течение последних трех дней. В анамнезе отмечала несколько раз приступаобразных болей в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2018 года. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы субиктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом, немного суховат. Живот без изменений, активно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц в правом подреберье, болезненность, при пальпации в подреберной области определяется дно увеличенного желчного пузыря. Симптомы Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.



Рис. 4.15. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей больной З., 74 лет.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Нт-24. Биохимическое исследование крови: бил.-79,65 ммоль/л, прям.-64,27 ммоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,86 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеви.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

ЭКГ: ЧСС 90 ударов в минуту. Ишемия боковой стенки левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса. ЭхоКГ: ФВ-54%. Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена. УЗИ: желчный пузырь 15×8см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент вклинился в шейку желчного пузыря, признаки обструктивного холецистита.

С клиническим диагнозом: «Острый обструктивный, деструктивный калькулезный холецистит» с целью декомпрессии желчевыводящих путей 13.04.2021 г. больной первым этапом больной произведена ЧЧМХС.

Далее на 10 сутки после поступления в стационар и коррекции коморбидной патологии под эндотрахеальным наркозом выполнена холецистэктомия по Прибраму через минилапаротомный доступ. Произведен разрез кожи в правом подреберье длиной 5 см трансректально. После вскрытия брюшной полости рана расширена ранорасширителем предложенной нами. При ревизии брюшной полости к желчному пузырю припаян большой сальник, острыми и тупыми путями рыхлые спайки разъединены, в область кармана Гартмана и к шейки желчного

пузыря плотно припаяна стенка двенадцатиперстной кишки, гепатикохоледох не идентифицируется. Желчный пузырь размером 15x6 см. Выделять шейку желчного пузыря и пытаться идентифицировать пузырный проток от гепатикохоледоха чревато опасно повреждением полого органа или трубчатых структур. В связи с чем был вскрыт дно желчного пузыря и рассечена стенка пузыря до плотного инфильтрата, из просвета желчного пузыря удалены конкременты и густая желчь с примесью гноя. Далее произведена холецистэктомия по Прибраму. Подпеченочная область дренирована. Брюшная полость осушена и послойно ушита наглухо, швы на кожу, йод, спирт, асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. Из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки после операции (27.04.2021 г.).

В основной исследуемой группе больных пожилого и старческого возраста при превалировании клиники острого обструктивного холангита эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнено всего 20 (20,6%) больным. Еще 5 больным попытки ЭПСТ были безуспешны.

Протокол клинического наблюдения №8. Больной Р., 63 года, ш/б №2077, поступил в клинику 15.01.2020 г. с жалобами на боли в правом подреберье, озноб всего тела, повышение температуры тела до 39°C, тошноту, рвоту, потемнение цвета мочи и иктеричность склеры. Болеет в течение недели. Свою болезнь связывает с приемом жирной пищи. В анамнезе отмечал несколько раз приступообразных болей в правом подреберье.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тон над аортой, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен белесым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Симптомы Мерфи и

Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-110 г/л, эр.- $3,7 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП - 0,8, тромб-230, л.- $12,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: бил.-45,65 мкмоль/л, прям.-24,27 мкмоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л, СОЭ - 30мм/ч.

Рентгенография грудной клетки без патологии.

УЗИ: желчный пузырь 8,0×4см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см. Холедох расширен до 1,2см, в просвете протока признаки наличия конкремента до 0,8см, внутрипеченочные желчные протоки расширены.

На основании исследований установлен клинический диагноз: «Острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит. Механическая желтуха». 14.01.2020 г. первым этапом произведено ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией. Удален конкремент 0,8 см и выделилась густая застойная желчь с примесью гноя. С целью декомпрессии установлен НБД (рис. 4.18).

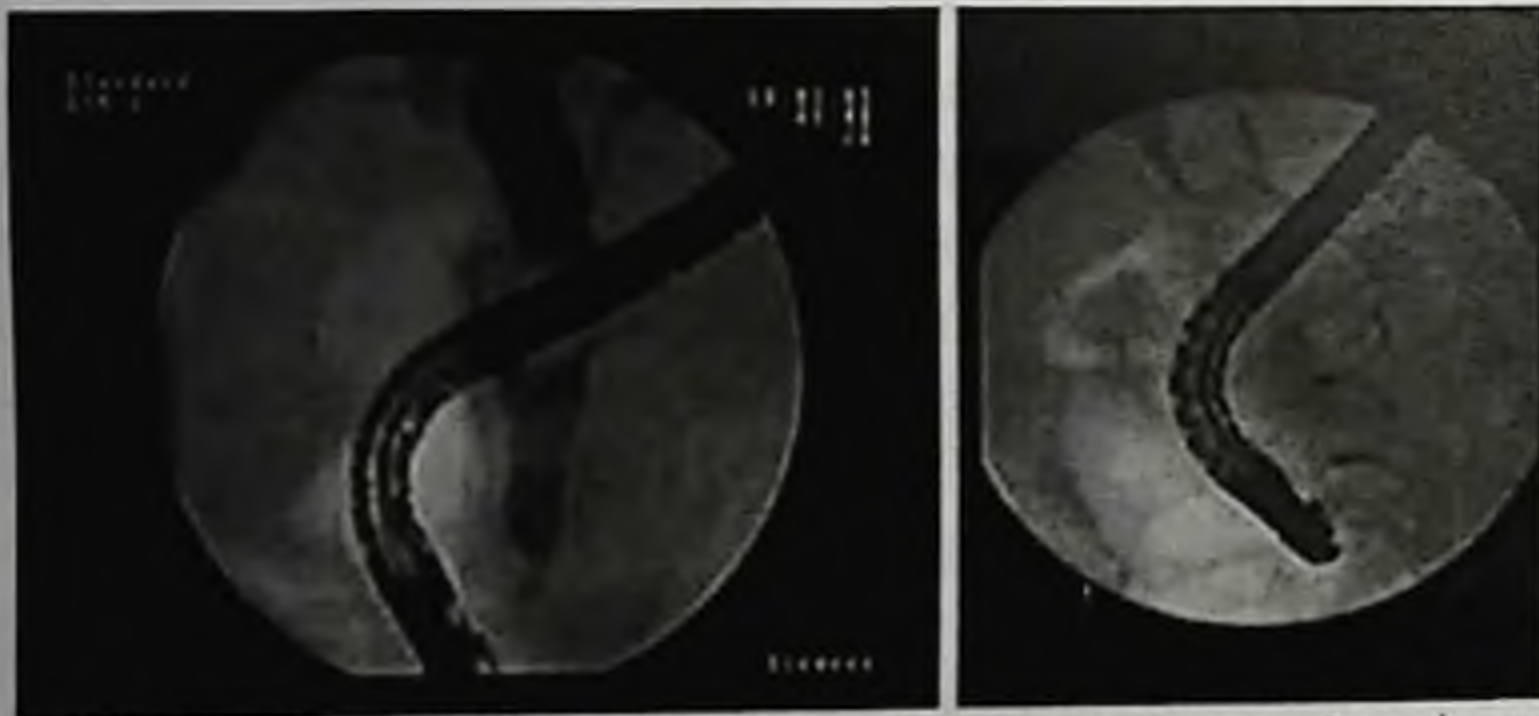


Рис. 4.18. Эндоскопическая установка назобилиарного зонда: а) на ЭРПХГ визуализируется конкремент в просвете холедоха, б) эндоскопическая установка назобилиарного дренажа.

В течении 5 дней желчевыводящие протоки промыты 0,06% раствором гипохлорита натрия через НБД и проведена противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. Повторный анализ крови на 5 сутки после НБД Общий анализ крови: Нв-105 г/л, эр.- $3,2 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП - 0,8, тромб-230, л.-

$6,5 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-22,15 мкмоль/л, прям.-7,1 мкмоль/л, АЛТ-0,92 ммоль/л, АСТ-0,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л. После улучшения состояния больного, стихания острых явлений произведена лапароскопическая холецистэктомия без технических трудностей в плановом порядке.

Течение послеоперационного периода гладкое, из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на третьи сутки после ЛХЭ.

ЭПСТ выполняли в отделении эндохирургии 1 – клиники СамМУ при помощи стандартного дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. В большинстве случаев использовали натяжной (pull type) сфинктеротом, представляющий собой пластиковый катетер, внутри которого размещена металлическая струна, причем в дистальной части катетера струна расположена вне полости дренажа, далее располагается в специальную оболочку, проходящая вдоль конца папиллотома. При натяжении сфинктерота происходит сгибание дистального конца струны, тем самым инструмент приводится в рабочее «режущее» состояние.

На сегодняшний день сфинктеротомы имеют различную модификацию в зависимости от количества канала, которые используют для введения контраста, проводника и т.д. Также переменна и длина металлической струны- от 20 до 40 мм, надо принять во внимание, что чем длиннее длина режущей струны тем больше возможности правильно сориентировать ее в БДС. Также представляют большие возможности наличие дополнительного канала, прежде всего для проводника, которое дает возможность повторной канюлизации, введения контрастных веществ. В случае выявления дополнительных показаний для выполнения ЭПСТ сфинктеротом можно провести через дополнительный канал, также во время рассечения тканей рабочая часть инструмента плотно фиксирована, не выскальзывая из большого дуоденального сосочка (рис. 4.19).



Рис. 4.19. Больная Д., 50 лет. Этапы выполнения эндоскопической папилосфинктеротомии

Во время папилосфинктеротомии анестезия больного должна быть на достаточном уровне – этого можно достичь путем комбинации препаратов, относящихся к различным классам анестетиков. Для угнетения перистальтики было внутримышечно введен препарат «Атропин» в сочетании внутривенным введением «Метацина». С целью профилактики развития воспалительно-инфекционных реакция непосредственно перед манипуляцией вводили антибиотики и сандостатин.

В технике ПСТ необходимо достичь состояния правильной ориентации режущей натянутой струны папилотома в БДС. Технологическое решение данного инструмента предполагает расположение в области большого сосочка на 6 часах, при этом режущая натянутая струна папилотома должна находиться на 12 часах. Однако, на практике точной ориентации достичь невозможно, даже путем плотной фиксации сфинктеротома. Поэтому возможны небольшие отклонения режущей струны, максимально в пределах 11-1. Также следует достичь такого состояния струны, чтобы ее небольшая часть всегда находилась в контакте с тканевыми структурами на момент разреза. В случае контакта с большой массой ткани, сила подаваемого недостаточна для рассечения тканевых структур.

Немаловажную роль играет состояние дуоденоскопа и его ориентация. Наиболее оптимальным считается нахождение папиллотома в нижней части эндоскопа, т.е. мы стараемся достичь такое направление канала, чтобы оно соответствовало ходу

желчевыводящих путей. Один из вариантов, это глубокое введение в полость двенадцатиперстной кишки, формируя при этом длинную петлю. При ориентации, режущей натянутой в пределах 12 часов, можно также использовать подъемник, изменяя положение винтов аппарата.

При расщеплении необходимо строго контролировать степень коагуляции краев операционного разреза, и самое главное его длину, рассекать ткани надо медленно серией коротких подач тока. Сфинктеротомией необходимо непрерывно постепенно вытаскивать из канала, тем самым достигается полный контакт конца режущей струны с тканями (рис 4.20).



Рис. 4.20. Этап выполнения сфинктеротомии

Во всех случаях ЭПСТ завершали установкой назобилиарного дренажа (рис. 4.21).



Рис. 4.21. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа

ЭПСТ выполняли в эндоскопической операционной клиники при помощи дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. Вместе с тем следует отметить, что у 5 больных попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом, еще в 1 наблюдении дуоденальное кровотечение, которое излечено консервативно.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 31 больным основной группы, что составило 31,9%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-14 сутки произведено ХЭ, причем 12 – ЛХЭ, 19 – МЛХЭ.

Одноэтапная радикальная операция – холецистэктомия, была проведена 61 пациентом основной группы, это 63,0% от общей численности контингента. Методики использовались разные: так минилапаротомным доступом были прооперированы 47 больных, из них 18 пациентов в сочетании с холедохолитотомией; ЛХЭ выполнено 8 больным; у 6 больных выявлен перитонит, им был проведен широкий лапаротомный доступ. При этом

Таким образом, суммарно в основной группе больных было проведена минилапаротомным доступом ХЭ – 63 операции (65,1% от общего объема операций); широкий лапаротомный доступ применен в 5 случаях (5,0%); ЛХЭ – 19 (19,8%). 10 пациентам в силу тяжести течения заболевания холецистэктомия не была проведена. Также хочется указать, что минилапаротомным доступом ХЭ была проведена инструментами фирмы САН, ЛХЭ - фирмы «Karl Storz» соответсвенно.

ХЭ минилапаротомным доступом была проведена следующим способом: в правом подреберье провели вертикальный трансректальный разрез длиной 4-5 см, путем использования ретракторов-зеркал формируется визуально большое операционное пространство, что дает возможность проводить мониторинг хода операции и самое главное свободно использовать хирургические инструменты. Использование ретракторов-зеркал помогает изменять площадь операционного поля, а также и ход самой операции, вносит коррективы, дополнительно провести еще несколько оперативных вмешательств, например, наружное дренирование холедоха или холедохолитотомию (рис. 4.22.).



Рис. 4.22. Инструментарий «миниассистент» фирмы САН

Основной повод использования мини-лапаротомного доступа при холецистэктомии это наличие абсолютных противопоказаний к проведению лапароскопических вмешательств. Нами были проведены ХЭ из мини-доступа при наличии инфильтрации и спаек в области гепатодуоденальной связки, также у больных, в анамнезе которых были лапаротомии, а также у больных с внутрипеченочного расположения желчного пузыря, ожирении 2-3 степени. Мини-лапаротомный доступ рекомендуется провести у больных с поликормобидной патологией ССС и дыхательной систем, у кого высокий риск развития напряженного пневмоперитонеума.

Таким образом, проведение ХЭ мини-лапаротомным доступом обусловлено явными преимуществами, это и сходность техники и операционных приемов при открытой лапаротомии; полный визуальный контроль за ходом операции, что дает возможность уменьшить в разы риск развития ятрогенных осложнений; и самое главное, возможность быстро перейти к обширной открытой лапаротомии при трудных ситуациях.

ЛХЭ больным провели под общим обезболиванием, формируя полную релаксацию мышц передней брюшной стенки. Ход операции включает в себя:

1. создание пневмоперитонеума;
2. проведение одного дугообразного разреза (около 1,5см) в области пупка (над или под ним) для введения троакаров, далее три разреза (каждый по 0,5см) в правом подреберье;
3. введение троакаров и инструментов в брюшную полость посредством проделанных разрезов с ревизией брюшной полости;
4. выделение желчного пузыря, пузырного протока и пузырной артерии, их клипирование и пересечение;
5. выделение желчного пузыря из под ложа печени с дальнейшим извлечением из брюшной полости с помощью контейнера;
6. после проведения основных манипуляций установка контрольного дренажа в подпеченочном пространстве.

ЛХЭ проводилось стандартно по методике «хобот слона» с идентификацией и отдельным клипированием пузырного протока и артерии.

В экстренном порядке в хирургическое отделение поступили 10 больных с симптомами клиники развившегося перитонита, из них 5-ти больным было проведено - лапаротомия, ХЭ с санацией брюшной полости. В связи с ухудшением состояния оставшихся больных на фоне прогрессирующего обструктивного холангита на фоне безуспешной попытки провести ЭПСТ была проведена из открытого минидоступа холецистэктомия, дополнительно холедохолитотомия.

Следовательно, в группе сравнения у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ наихудшие результаты наблюдались после экстренных операций выполненных вынужденно в первые 6 часов от поступления в стационар с летальностью 11,4%, гнойно-септическими осложнениями 42,8% и внеабдоминальными осложнениями 48,5%.

В зависимости от клинического течения болезни эти показатели составили 14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно при ЖКБ с превалированием клиники обструктивного холангита.

Это послужило поводом для оптимизации тактико-технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с учетом клинического течения осложненных форм ЖКБ и тяжести их физического состояния вследствие конкурирующей коморбидной патологии.

Этапное хирургическое лечение с предварительным приоритетным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств использовано у 42,2% больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 15,6% ограничили выполнение только миниинвазивных диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств.

ГЛАВА V. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖКБ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ

Сравнительный анализ результатов лечения в исследуемых группах показало значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных. Так, в группе контроля при выборке развившихся осложнений, отдельно были выделены такие осложнения как билиарный сепсис и холангиогенные абсцессы печени, которые явились основной причиной развития летального исхода у двух прооперированных больных. В отдаленные сроки у одного больного развился перитонит, который также привел к летальному исходу. Вместе с тем, у 3 больных причиной смерти явились осложнения со стороны имеющейся конкурирующей коморбидной патологии. В 2 наблюдениях причиной летального исхода констатирован острый инфаркт миокарда. В 1 наблюдении – тромбоэмболия легочной артерии на фоне послеоперационной пневмонии. Таким образом, летальность в контрольной группе больных (n=74) составило 8,1% - умерло 6 больных. Из них у 3 причиной смерти явились абдоминальные осложнения – билиарный сепсис у 2, абдоминальный сепсис у 3 летальный исход наступил вследствие сердечно-сосудистых и легочных осложнений от имеющейся коморбидной патологии.

При этом, в основной группе умерло 3 из оперированных 97 больных, летальность составило 3,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении. Также в 1 наблюдении причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие инфаркта миокарда (табл. 5.1).

Таблица 5.1

Частота и причины летальности в исследуемых группах сравнения

Причины летальности	Группа сравнения (n=74)		Основная группа (n=97)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Холангиогенные абсцессы печени и биллиарный сепсис	2	2,7%	-	-
Перитонит и абдоминальный сепсис	1	1,4%	1	1,1%
Острый панкреатит	-	-	1	1,1%
Инфаркт миокарда	2	2,7%	1	1,1%
Тромбоэмболия легочной артерии	1	1,4%	-	-
Всего	6	8,1%	3	3,1%

Примечание * - достоверность разницы показателей ($p < 0,05$)

Различные холемические и гнойно – септические осложнения наблюдались у 24 больных группы сравнения, что составило 32,4%. При этом у 3 (4,1%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (6,7%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (6,7%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных и/или поддиафрагмальных абсцессов, 2 (2,7%) проведена релапаротомия вследствие желчного перитонита. Также, 4 (5,4%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (16,2%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 12 больных, что составило 12,4%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ.

Протокол клинического наблюдения №9.

В клинику СамМИ 12,03,2019 года поступила больная С., 69 лет, история болезни № 3948. Основные жалобы: боль в правом подреберье, горечь во рту, вздутие живота, повышение температуры тела до 39°C, периодический озноб и тошноту, неоднократная рвота. Болеет в течение 10 дней. Свою болезнь связывает с перепадом. Ранее отмечала несколько раз

приступообразные боли в правом подреберье. При амбулаторном обследовании на УЗИ имеются конкременты желчного пузыря с 2018 года. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, напряженный. Язык сухой, на его поверхности выраженный налет. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомы Мерфи и Ортинера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-85 г/л, эр.- $2,7 \times 10^{12}$ мк/л, ЦП-0,8, тромб-230, лейкоц.- $12,7 \times 10^9$ мк/л, свертываемость крови -3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-22,65 мкмоль/л, АЛТ-0,96 мкмоль/л, АСТ-0,34 мкмоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-4,66 мкмоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.белок-70,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена. УЗИ: желчный пузырь 8,5×4 см, стенка пузыря - 5 мм, в просвете определяются конкременты диаметром до 0,8 см. Холедох d-0,9 см, в просвете определяется густая желчь с хлопьями, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Установлен диагноз: «Острый калькулезный холецистит, холангит». Предложенная консервативная терапия привела к снижению болевого синдрома, воспалительные явления заметно уменьшены. 14.03.2019 пациентке в плановом порядке выполнена холецистэктомия из минидоступа без технических трудностей. В послеоперационном периоде на вторые сутки у больной появились жалобы на боли в правом подреберье. Выделений из установленного дренажа в подпеченочное пространство нет. Проведенное УЗИ показало признаки скопления в подпеченочном пространстве ограниченного объема жидкости в количестве 100 мл. Учитывая отсутствие признаков развивающегося перитонита коллегиально принято решение продолжения консервативного лечения под контролем динамики изменений. После МЛХЭ на 4-е сутки у пациентки боли в правом подреберье усилились, температура тела поднялась до 37,9 °С. Появились локальные перитонеальные симптомы. При УЗ-мониторинге выявлено

ограниченное скопление жидкости в правом подреберье, которое увеличилось в количестве до 150 мл (Рис 5.1).



Рис. 5.1 Эхограмма больной К. 48 лет, 4 сутки после ХЭ из минидоступа. В подпеченочном пространстве ограниченное скопление жидкости до 150 мл

Выполнена пункция ограниченного скопления жидкости под контролем УЗИ, при которой из подпеченочного пространства эвакуировано до 150 мл желчи (рис 5.2).



Рис. 5.2. Пункция биломы под контролем УЗИ на 4 сутки после ХЭ из мини доступа у больной К.

Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. Температура тела нормализовалась, боли и перитонеальные

симптомы исчезли. Дренаж удален на 7-е сутки после контрольной УЗ диагностики, во время которой скоплений жидкости в подпеченочном пространстве не обнаружено. Заживление раны первичным натяжением, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 3 (3,1%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 3 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 2 наблюдениях произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшную полость.

Протокол клинического наблюдения №10.

Больная Ф., 69 лет, история болезни №1603. Поступила в клинику в срочном порядке 03.02.2020 года. Жалобы: боль в правом подреберье, озноб, повышение температуры тела до 39-39,3°C, тошнота, однократная рвота. Болеет в течение 6 дней. Свою болезнь связывает с приемом жирной пищи. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, напряженный. На поверхности сухого языка выраженный белый налет. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомы Мерфи и Ортнера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочеиспускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-105 г/л, эр.- $3,6 \times 10^{12}$ мк/л, ЦП-0,8, тромб-230, лейкоц.- $12,7 \times 10^9$ мк/л, свертываемость крови -3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, моно.-7, СОЭ-20 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-19,65 мкмоль/л, АЛТ-0,96 мкмоль/л, АСТ-0,34 мкмоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-4,66 мкмоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 мкмоль/л, общ.белок-70,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена. УЗИ: желчный пузырь 10,5×6см, стенка пузыря - 6мм, в просвете

определяется конкретный диаметр до 1,8 см у шейки. Холедох d-1,0 см, в просвете определяется густая желчь, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Установлен диагноз: «Острый обтурационный калькулезный холецистит, холангит». Проведенная консервативная терапия была неэффективна. 04.02.2000 года больной была проведена лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный диагноз: «Острый обтурационный калькулезный флегмонозный холецистит». Несмотря на это на вторые сутки после проведения оперативного вмешательства у больной появились боли в правом подреберье, приступы тошноты, однократная рвота. Из установленного улавливающего дренажа в подпеченочном пространстве выделяется более 200 мл желчи. Объективно: при пальпации живот умеренно напряжен, болезненность в правом подреберье, «+» перитонеальные симптомы. После проведенного осмотра предложена релапароскопия, при этом на 1 см ниже пупка по срединной линии наложен пневмоперитонеум, введен лапароскоп.



Рис. 5.3. Больная Р., 53 года. Состояние после ЛХЭ (2 сутки). Релапароскопия, скопление желчи в подпеченочном пространстве вследствие недостаточности культы пузырного протока



Рис. 5.4. Больная Р., 53 года. Релапароскопия, дополнительное клипирование культи пузырного протока

По правому боковому каналу определяется до 60 мл, в подпеченочной области более 300мл желчи. Осмотрено ложе желчного пузыря, частично гепатодуоденальная связка – источником желчеистечения является культя пузырного протока. Было проведено повторное клипирование пузырного протока с санацией брюшной полости, далее после проведения оперативных мероприятий дренировали брюшную полость. Как показал мониторинг состояния, послеоперационный период прошел спокойно, установленный дренаж брюшной полости был удален к концу третьих суток. На 5 сутки после повторного проведения релапароскопии пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии под контролем по месту жительства.

Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативно – гемостатической терапией. У 2 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированное повторными пункциями под контролем УЗИ. У 4 (4,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны (табл. 5.2).

Таблица 5.2

Частота и причины холемических и гнойно – септических осложнений в группах сравнения

Гнойно – септические осложнения	Группа сравнения (n=74)		Основная группа (n=97)	
	абс.	(%)	абс.	(%)
Билома	3	4,1%	3	3,1%
Наружное желчестечение	5	6,7%	3	3,1%
Холемическое кровотечение	4	5,4%	3	3,1%
Дуоденальное кровотечение	-	-	1	1,1%
Подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс	5	6,7%	2	2,1%
Разлитой желчный перитонит	2	2,7%	-	-
Нагноение раны	12	16,2%	4	4,1%
Всего	24	32,4%	12	12,4%

Примечание * - достоверность разницы показателей (p<0,05)



Рис. 5.5. Результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ

Как видно из полученных результатов по оптимизации и разработке новых подходов к реализации тактико-технических мероприятий в хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста с учетом тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным использованием предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств способствовало

раннему купированию инфекционного процесса, предупреждению развития билиарного и абдоминального сепсиса, предупреждению развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений вследствие конкурирующей коморбидной патологии. Достигнуто уменьшение летальности с 8,10% до 3,10%, гнойно – септических осложнений с 32,40% до 12,40%, а также сердечно-сосудистых и легочных осложнений с 41,90% до 29,90%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что на сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из распространенных патологии желчного пузыря, причем налицо взаимосвязь с возрастной динамикой, ее гериатрические особенности. Так, согласно представленным данным ВОЗ, у лиц пожилого возраста в 15-24% случаях выявляются наличие камней в желчном пузыре, к 85-90 годам уже более у 35-40% пациентов выявляются все признаки ЖКБ, причем у 5% больных развиваются те или иные осложнения, такие как холедохолитиаз, холангит, желчнокаменный панкреатит и острый холецистит. Еще один факт, на который необходимо обратить внимание, большое количество осложнений (около 55-63%) при первичном поступлении с диагнозом – холелитиаз. Около 30% от всех оперированных с диагнозом – острый холецистит, составляют пациенты старше 60 лет.

Клиническая картина острого холецистита у больных старческого возраста характеризуется быстрым началом, нередко молниесным течением на фоне развития многочисленных осложнений, и как показали исследования, очень часто почти в 80-95% случаях. У пациентов пожилого и старческого возраста в силу своего возраста на фоне инволютивных изменений быстро развиваются деструктивные изменения тканевых структур в стенке желчного пузыря, к которым присоединяются осложнения в виде желчного перитонита (10-15,5%), острого панкреатита (25-50%), околопузырных инфильтратов (22,4 - 31,1%) и околопузырные абсцессы (8 - 10%).

У пациентов пожилого и старческого возраста нередко острый холецистит протекает с поражением желчевыводящих путей, по данным исследователей данная сочетанная патология встречается в 45-62% случаев. Анализ частоты встречаемости патологии желчного пузыря и -желчевыводящих путей показал, что в свыше более половины случаев (58-75%) встречается холедохолитиаз.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни путем оптимизации тактико-

технических аспектов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Представлены результаты проведенного лечения 171 больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2015 по 2022 гг.

Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого возраста (60-74 лет) составили – 143 (83,6%), больные старческого возраста (75 лет и старше) – 28 (16,4%). Наиболее возрастной пациент в исследовании был 87 лет. Превалировали пациенты женского пола – 104 (60,8%), мужчины – 67 (39,2%). Средний возраст $64,7 \pm 3,4$ лет, соотношение женщин и мужчин 1,5:1.

Анализируя данные анамнеза, было выявлено, что в 63,0% случаях (108 больных) средняя продолжительность заболевания составила более 5 лет. Следует отметить, что в 24,0 % случаях (41 пациент) начальные признаки заболевания появились в среднем 10 лет назад. После начала острого периода заболевания на первые сутки госпитализированы 15 больных (5,9%), на третьи сутки – 78 больных (43,7%), остальные больные поступили в хирургическое отделение клиники в более поздние сроки.

Как показал ретроспективный анализ истории болезни, основной причиной поздней госпитализации является несвоевременное обращение к специалистам за медицинской помощью. К сожалению, имеются и ошибки врачебного характера, во-первых, это неправильно проведенные диагностические мероприятия на догоспитальном этапе (29 больных), причем в 7 случаях необоснованно проведенное консервативное лечение в ЛПУ по месту жительства, в 22 случаях – ошибочная госпитализация в другие отделения, в частности инфекционное или терапевтическое.

Распределение больных согласно выявленным осложненным форм ЖКБ следующее: в контрольной группе у 130 больных (76,0%) диагностировано деструктивное изменение стенки желчного пузыря, из них у 56 больных выявлены признаки гангренозного холецистита. В основной группе больных старше 75 лет (старческий возраст) в 89,2% случаев (из 28 пациентов у 25

больных) выявлены признаки деструктивного поражения желчного пузыря, тогда как в группе больных 60-74 лет (пожилые больные) признаки деструктивного изменения стенки желчного пузыря диагностированы у 116 больных против 143 больных, что составило 80,5% соответственно.

У 118 (69,1%) больных наблюдалось экстрапузырное распространение воспаления. Среди них, у 39 (22,8%) в брюшной полости выявлен желчный перитонит, причем у 15 вследствие перфорации желчного пузыря, у 24 – пропотной желчный перитонит без перфорации стенки пузыря. У 17 (9,9%) – перивезикальный абсцесс и у 63 больных (38,1%) - перивезикальный инфильтрат. Следует отметить, что количество выявленных экстрапузырных осложнений не имеет четкой возрастной градации.

Часто выявлений осложненных форм заболеваний желчных протоков показало, что ведущее место занимает развитие механической желтухи. Данная патология выявлена у 79 больных (44,8%), при этом превышение показателя общего билирубина в крови выше 60 мкмоль/л было отмечено в 51 случаях. Длительность желтухи у больных составила 2-14 суток. При разборе причин ее возникновения выявлено, что у 13 пациентов причиной стал синдром Мириizzi, приводящий к нарушению оттока желчи. В остальных случаях (66 больных) появление желтухи обусловлено наличием конкрементов в внепеченочных желчных путях, причем у 24 пациентов, помимо этого, наблюдался стеноз БДС.

Основной особенностью возрастной группы больных пожилого и старческого возраста является наличие поликоморбидной патологии, она была выявлено в 171 случаях, причем в 79,0% (135 пациентов) случаев это сочетание более двух системных заболеваний. В группе больных старше 75 лет показатель наличия сопутствующей патологии на одного больного составил 2,4. В группе больных в возрасте 60-74 лет значение данного показателя равно 1,7. В среднем этот показатель наличия сопутствующей патологии из расчета на одного пациента составил 2,2. Анализ историй болезни показал, что 52 больным было отказано в проведении оперативного вмешательства из-за развития осложнений, вследствие наличия сопутствующей патологии.

Диагноз ОГХ больным был поставлен на основании клиники ЖКБ, проведенных лабораторно-инструментальных методов исследования (общеклинические, сонография, РПХГ, МР-холангиография), а также по специфическим изменениям стенки желчного пузыря и желчных протоков в динамике наблюдения.

Анализ клинической картины у больных (n=105) с острым холециститом показал, что основным характерным симптомом является наличие болевого синдрома, при этом у больного наблюдается как отдельные болевые ощущения различной интенсивности, так и боли в правом подреберье во время проведения пальпации. Данный диагностический критерий был выявлен у 80 больных, 25 больных отмечают низкую интенсивность боли, среди них у четверых они почти отсутствуют. Показателен факт наличия болевого синдрома меньшей интенсивности в группе больных старше 75 лет, причем по отношению ко второй возрастной группе (60-74 лет) больных почти в два раза чаще фиксируется наличие лишь слабых болей.

Локализация боли у 65 пациентов была только в области правого подреберья, у 27 больных болевые ощущения отмечаются в верхнем этаже живота, у 4х больных по всей поверхности живота. Иная картина наблюдается в группе больных, старше 75 лет, у всех пациентов болевые ощущения не имеют четкой локализации, они распределены по всей поверхности живота. Причина такой клинической картины, на наш взгляд обусловлена развитием осложнений ЖКБ экстрапузырного характера, например – перитонит, формирование инфильтрата. Нельзя упускать из виду наличие у больных старшей возрастной группы наличие поликоморбидной патологии различного генеза, а также вовлечение в процесс ряда внутренних органов, в частности поджелудочной железы.

Различно также и начало заболевания, так 58 пациентов отмечают начало с приступа острых болей, оставшая часть больных отмечает постепенное начало заболевания. Данная клиническая картина характерна для больных пожилого возраста (старше 75 лет). У больных младше 60 лет картина острого холецистита встречается в 89% случаев, в группе больных старше 75 лет в 67,8% от всех случаев.

У больных старших возрастных групп (n=66) патология желчных протоков при ЖКБ проявляется картиной холестаза - желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал, такая симптоматика обусловлена нарушением оттока желчи в кишечник. У данного контингента больных уровень билирубина превышал показатели 60 ммоль/л и выше. Продолжительность желтухи также различна, у 38 больных составила трое суток, у 20 больного желтуха продолжительностью от трех до семи суток и более чем 7 суток у 8 пациентов данной возрастной группы. Также было выявлено, что в 22 случаях же желтушность кожи и склер отмечена впервые, у 45 больных – желтуха повторна.

Хочется отметить еще один факт, наблюдаемая лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не всегда полностью и объективно отражали состояние больных старческого возраста, степень выраженности патологии в желчных протоках. В 61,0 % случаев у больных пожилого и старческого возраста выявлена характерная триада симптомов для гнойного холангита, в оставшихся случаях клиническая картина патологии желчных протоков заметно стертая. Подобная картина характерна для контингента больных, у кого выявлен слабый болевой синдром. Так, у больных старше 75 лет в большинстве случаев острый холецистит протекал малосимптомно, в 17,5% случаев клиническая картина имела нетипичный характер. В 42,0% случаев характерная для острого холангита триада симптомов полностью отсутствовала. В 31,5% случаях лейкоцитарная реакция, как и показатели температуры тела не дают объективной характеристики истинного состояния больного. Следовательно, чем старше пациент, тем в силу выше указанных обстоятельств выше риск врачебной ошибки и неправильного выбора тактики лечения.

Подобную клиническую картину можно объяснить возрастными инволютивными преобразованиями, протекающие в организме больного, особенно значительным снижением функционирования нервно-регуляторных механизмов, которые в свою очередь обусловили развитие нетипичной клинической картины, не отражающей степень патологических преобразований в желчных путях.

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили

74 (43,3%) больных, которые в период 2015-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям. Основную группу исследования составили 97 (56,7%), у которых тактика лечебно-диагностических мероприятий по показаниям строилась на принципах приоритетного использования методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. При клинической реализации программы были положены рекомендации общества Европейской ассоциации хирургии - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Из всех 74 больных контрольной группы у 47 (63,5%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 27 (36,5%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС.

Операции по экстренным показаниям (в течении ближайших 6 часов от поступления в стационар) произведены у 35 (47,3%) больных, из них у 16 вследствие острого деструктивного холецистита, у 10 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 9 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции холедоха с нарастающей механической желтухой и холангитом.

По срочным показаниям (в течении ближайших 24-72 часов) оперированы 39 (52,7%) пациентов при отсутствии перитонеальной симптоматики и выраженной прогрессирующей клиники обструктивного холангита.

У всех оперированных 74 больных группы сравнения хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 47 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 27 больных) с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 33, из минилапаротомного доступа – 41.

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций в гр. сравнения показало, что эти показатели худшие после выполнения операций по экстренным показаниям: - летальность 11,4%, абдоминальные

гнойно-септические осложнения 42,8%, внеабдоминальные осложнения коморбидной патологии 48,5%. При выполнении операций по срочным показаниям летальность составила 5,1%, частота гнойно-септических осложнений 23,2%, внеабдоминальные осложнения 35,9%.

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от клиники острого холецистита или острого холангита в гр. сравнения показал, что наибольший процент неудовлетворительных результатов отмечен после выполнения операций по поводу обструктивного холангита, сопровождавшейся острым холециститом: - летальность составила 14,8%, частота гнойно-септических осложнений 48,1%, внеабдоминальные осложнения 55,6%. Тогда как после операций по поводу острого деструктивного холецистита без клиники обструктивного холангита летальность составила 4,6%, гнойно-септические послеоперационные осложнения 23,4%, внеабдоминальные осложнения 34,1%.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ, связанной не только с развитием билиарного или абдоминального сепсиса, а также вследствие обострения тяжелой коморбидной патологии явилось методологической основой разработки и оптимизации тактических и технических мероприятий комплексного хирургического лечения данной патологии у больных старшей возрастной группы.

В основной группе из 97 больных пожилого и старческого возраста, оперированных в 2019-2022 гг. по поводу осложненных форм ЖКБ лечение осуществлялось не только с учетом степени тяжести острого холецистита и холангита согласно классификации принятой в Токио 2018 г (Токуо Guidelines, 2018, TG18), но и по разработанным нами критериям прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений.

Для оценки степени тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ нами предложена «Программа оценки тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами желчнокаменной болезни и прогнозирования риска развития

послеоперационных осложнений» включающая более 40 факторов риска (DGU).

В зависимости от суммы баллов выделена 2 категории тяжести. Пациенты 1 категории с суммой баллов до 50 со средней степенью тяжести состояния и с прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. Пациенты 2 категории с суммой баллов 51 и выше относящиеся к группе с тяжелой степенью состояния и с прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений.

В соответствии с этими критериями 42 (43,3%) больных пожилого и старческого возраста с осложненным течением ЖКБ основной группы отнесены в группу со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений. 55 (56,7%) больных этого контингента отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений.

Больные были прооперированы с учетом предложенных критериев тяжести состояния а также клиники осложненного течения ЖКБ.

При превалировании клиники острого деструктивного холецистита в основной группе из 58 больных 39 отнесены к группе с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 11 из них констатирован желчный перитонит (разлитой у 5, у 6 отграниченный в виде сформировавшейся биломы).

Из-за тяжести состояния 17 больных 1 этапом проведена чресножно-чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС), из них у 6 также пунктированы и санированы отграниченные в подпеченочном пространстве биломы. 2 этапом лечения на 10-14 сутки проведена холецистэктомия 14 больным, из них ЛХЭ-6, ХЭ из минилапаротомного доступа-8. 3 больных выписаны без проведения ХЭ с функционирующей холецистостомой.

22 больных оперированы одним этапом. 17 больным с острым деструктивным холециститом проведена МЛХЭ, из которых у 3 вследствие расплавления стенки гангренозно измененного желчного пузыря (проведено по сути вскрытие перивезикального

абсцесса). 5 больным с клиникой разлитого желчного перитонита проведена ХЭ с санацией брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

19 больным пожилого и старческого возраста с клиникой острого деструктивного холецистита со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым относительно невысоким риском развития послеоперационных осложнений 15 проведена операция холецистэктомия (7-ЛХЭ, 8-ХЭ из минидоступа). Двухэтапное лечение с предварительной холецистостомией (ЧЧМХС) проведена 4 пациентам, причем 2 с пункционной санацией отграниченной перивезикальной биломы. Этим 2 больным в последующем ХЭ проведена из минидоступа. Еще 2 пациентам после микрохолецистостомии проведена ЛХЭ.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение при осложнении ЖКБ острым деструктивным холециститом у больных пожилого и старческого возраста проведено 21 (36,2%) больному из 58. Одноэтапная радикальная операция выполнено 37 пациентам (63,8%).

Холецистэктомия большей частью выполнено из минилапаротомного доступа – 35 наблюдений (60,3%). 15 (25,9%) пациентам проведена ЛХЭ, 5 (8,6%) пациентам ХЭ проведена из широкого лапаротомного доступа, 3 (5,2%) больных выписаны с холецистостомой.

В основной группе больных пожилого и старческого возраста с осложненным течением ЖКБ и превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита вследствие холедохолитиаза (n=39) с тяжелым клиническим течением болезни и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений отнесены 25 пациентов.

Из за тяжести состояния 16 (64%) больным 1 этапом лечения успешно выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующим назобилиарным дренированием (НБД). У 5 (20%) пациентов попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны. Этим 5 больным с прогрессирующей клиникой механической желтухи и холангита произведена ХЭ и холедохолитотомия из минилапаротомного доступа в правом подреберье.

Из 16 пациентов, которым успешно проведено ЭПСТ 2 этапом после улучшения состояния и купирования клиники холангиогенной интоксикации 11 произведена ХЭ, из них 4 ЛХЭ, 7 пациентам ХЭ из минилапаротомного доступа. 5 пациентам после успешной ЭПСТ от радикальной операции воздержались и они так же выписаны из стационара.

При сочетании клиники обструктивного холангита и острого холецистита 4 больным проведены миниинвазивные декомпрессивные трансдуоденальные вмешательства – ЭПСТ с литоэкстракцией. Этим больным так же проведена ЧЧМХС. В дальнейшем 2 из них проведена МЛХЭ. 2 выписаны из стационара со значительным улучшением состояния.

14 пациентам со средней степени тяжести состояния выполнены одномоментные хирургические вмешательства в объеме ХЭ и холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха из минидоступа в правом подреберье.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение в группе больных пожилого и старческого возраста с превалированием клиники механической желтухи и обструктивного холангита проведено 20 (51,3%). Первым этапом у них успешно проведено ЭПСТ с НБД, причем 2 в сочетании с ЧЧМХС. После купирования холангиогенной интоксикации 13 из них 2 этапом проведено ХЭ (ЛХЭ–4, МЛХЭ–9). 7 (17,9%) больных со значительным улучшением состояния после ЭПСТ выписаны домой на амбулаторное наблюдение.

19 (48,7%) больным хирургическое вмешательство проведено одномоментно – выполнено ХЭ с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Из них 5 эта операция выполнено при безуспешности ЭПСТ.

Нами у 28 (42,7%) больных с тяжелой степенью общего состояния и высоким риском развития послеоперационных осложнений было проведено двухэтапное хирургическое лечение. 10 (15,6%) больным ограничились миниинвазивным декомпрессионным вмешательством на желчных путях. Одноэтапная радикальная хирургическая операция проведено у 27 (42,2%) больных, причем у 13 (20,3%) вынужденно при наличие клиники перитонита (5 больных) или перивезикального абсцесса (3 больных) либо при безуспешности ЭПСТ.

Двухэтапные хирургические вмешательства у больных пожилого и старческого возраста со средней степенью тяжести состояния и прогнозируемым невысоким риском развития послеоперационных осложнений (n=33) проведены 4 (12,1%) больным, одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 29 (87,9%) пациентам.

Нами 25 (26,0%) пациентам основной группы с диагнозом «острый гангренозный холицистит» была произведена ЧЧМХС, с последующим дренированием желчного пузыря. Данная операция проводилась под контролем УЗИ, основной целью дренирования явилось снижения риска подтекания желчи в полость брюшины. Дренирование провели через участок паренхимы печени, достигая при этом полную герметичность канала, при этом был использован «зонтичный» стилет-катетер диаметром 4F и 9F, конец катетера имеет вид «корзинки».

Полость желчного пузыря после полной эвакуации содержимого промыли физ. раствором до получения чистой выделяемой жидкости. Данная жидкость из полости желчного пузыря отправлена в лабораторию для бактериологического исследования. Дальнейший контроль функции опорожнения пузыря проводили под эхографическим наблюдением. В основной исследуемой группе больных пожилого и старческого возраста при превалировании клиники острого обструктивного холангита эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнено всего 20 (20,6%) больным. ЭПСТ выполняли в эндоскопической операционной клиники при помощи дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. Вместе с тем следует отметить, что у 5 больных попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом, еще в 1 наблюдении дуоденальное кровотечение, которое излечено консервативно.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 31 больным основной группы, что составило 31,9%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-14 сутки произведено ХЭ, причем 12 – ЛХЭ, 19 – МЛХЭ.

61 (62,9%) больным основной исследуемой группы одноэтапная радикальная операция – холецистэктомия произведено

как из широкого лапаротомного доступа у 5 больных при осложнении перитонитом, 49 из минилапаротомного доступа (причем в сочетании с холедохолитотомией 19 больным), ЛХЭ выполнено 7 больным.

Таким образом, ЛХЭ проведено всего 19 (19,6%) больным, ХЭ из минидоступа 63 (64,9%), из широкого лапаротомного доступа 5 (5,1%). Следует отметить, что 10 больным из-за тяжести состояния ХЭ не проведено.

Для выполнения ХЭ посредством мини-лапороскопического доступа были использован специальный хирургический инструментарий фирмы САН, а для ЛХЭ были использован инструментарий фирмы «Karl Storz».

Применение мини-лапороскопического доступа рекомендовано для оперативных вмешательств у больных с коморбидной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Больным с высоким риска развития осложнений, создание напряженного пневмоперитонеума может привести к нежелательным последствиям. Шести больным с подозрением на развивающийся перитонит в экстренном порядке проведена лапаротомия, холицистоэктомия с санацией брюшной полости. У 5 больных на фоне прогрессирования клиники обструктивного холангита проведение ЭПСТ не привело к положительному результату, этим больным проведена холицистоэктомия с последующей холедохолитотомией посредством открытого минидоступа.

Поэтапное хирургическое лечение с предварительным приоритетным использованием миниинвазивных декомпрессионных вмешательств использовано у 42,2% больных пожилого и старческого возраста с тяжелой степенью состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений. У 15,6% ограничились выполнением только миниинвазивных диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию

лапароскопическим способом у 19,6% и из минилапаротомного доступа – 64,9%.

Сравнительный анализ результатов лечения в исследуемых группах показало значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных. В группе контроля причинами летального исхода у двух больных были билиарный сепсис и холангиогенные абсцессы печени, у одного больного смерть наступила в результате продолжающегося перитонита. Вместе с тем, у 3 больных причиной смерти явились осложнения со стороны имеющейся конкурирующей коморбидной патологии. В 2 наблюдениях причиной летального исхода констатирован острый инфаркт миокарда. В 1 наблюдении – тромбоэмболия легочной артерии на фоне послеоперационной пневмонии. Таким образом, летальность в контрольной группе больных (n=74) составило 8,1% - умерло 6 больных. Из них у 3 причиной смерти явились абдоминальные осложнения – билиарный сепсис у 2, абдоминальный сепсис у 3 летальный исход наступил вследствие сердечно-сосудистых и легочных осложнений от имеющейся коморбидной патологии. При этом, в основной группе умерло 3 из оперированных 97 больных, летальность составило 3,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении. Также в 1 наблюдении причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие инфаркта миокарда

Различные холемические и гнойно – септические осложнения наблюдались у 24 больных группы сравнения, что составило 32,4%. При этом у 3 (4,1%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (6,7%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (6,7%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных и/или поддиафрагмальных абсцессов, 2 (2,7%) проведена релапаротомия вследствие желчного перитонита. Также, 4 (5,4%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (16,2%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 12 больных, что составило 12,4%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ.

У 3 (3,1%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 3 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 2 наблюдениях произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости.

Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативно – гемостатической терапией. У 2 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированное повторными пункциями под контролем УЗИ. У 4 (4,1%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Таким образом, оптимизация тактико – технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с учетом тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным использованием предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств способствовало раннему купированию инфекционного процесса, предупреждению развития билиарного и абдоминального сепсиса, предупреждению развития сердечно-сосудистых и легочных осложнений вследствие конкурирующей коморбидной патологии. Достигнуто уменьшение летальности с 8,10% до 3,10%, гнойно – септических осложнений с 32,40% до 12,40%, а также сердечно-сосудистых и легочных осложнений с 41,90% до 29,90%.

ВЫВОДЫ

1. Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности, гнойно-септических и внеабдоминальных осложнений (14,8%, 48,1% и 55,6% соответственно) у больных пожилого и старческого возраста наблюдались после попыток одномоментной радикальной хирургической коррекции острого деструктивного холецистита либо обструктивного холангита. Причиной летальности в равной степени явились билиарный и абдоминальный сепсис, так и сердечно-сосудистые и легочные осложнения.

2. Этапное хирургическое лечение с учетом разработанных критериев оценки степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с применением предварительных миниинвазивных декомпрессионных вмешательств на желчных путях выполненных у 42,2% больных основной группы позволило купировать гнойно-холемическую интоксикацию, улучшить результаты последующих радикальных операций. У 15,6% больных эти вмешательства явились окончательным методом лечения.

3. Разработанная тактика этапного хирургического лечения в зависимости от превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита с использованием ЧЧМХС под УЗИ-наведением, ЭПСТ или их сочетания позволили на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом у 19,6% и из минилапаротомного доступа – 64,9%.

4. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ с учетом степени тяжести состояния больных и прогнозируемым риском развития послеоперационных осложнений с приоритетным этапным использованием миниинвазивных вмешательств позволило значительно снизить летальность, послеоперационные гнойно-септические и внеабдоминальные осложнения (3,1%, 12,4% и 29,9% соответственно), тогда как в группе сравнения эти показатели составили 8,1%, 32,4% и 41,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных пожилого и старческого возраста осложненными формами ЖКБ с тяжелой степенью тяжести состояния и прогнозируемым высоким риском развития послеоперационных осложнений показано двухэтапное лечение с предварительной миниинвазивной декомпрессией желчных путей. Выполнение радикальной операции показано после купирования гнойно-холемической интоксикации.

2. При сохраняющемся высоком риске развития послеоперационных осложнений после декомпрессионных миниинвазивных вмешательств эти методы лечения являются достаточными и следует воздержаться от радикальной операции.

3. Показанием к экстренному одноэтапному хирургическому вмешательству является наличие разлитого желчного перитонита.

4. Выбор метода миниинвазивной декомпрессии желчных путей наложением ЧЧМХС под УЗИ-наведением либо ЭПСТ с назобилиарным дренированием и их очередности при сочетанном применении зависит от превалирования клиники деструктивного холецистита или обструктивного холангита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза // Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 62-65.
2. Багненко С. Ф., Гольцов В. Р., Савелло В. Е., Озеров В. Ф., Батиг Е. В. Особенности диагностики холедохолитиаза при остром билиарном панкреатите // Материалы 7 Всероссийской конференции общих хирургов. - Красноярск, 2012. — С. 19-21.
3. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. В. Мининвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. — № 6. — С. 27-30.
4. Алмазов А. А. и др. Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т. 19. – №. 9. – С. 3-7.
5. Бойко В.В. и др. Изменение физико-химических свойств желчи в процессе возникновения и манифестации холангита. Острый холангит: возможные механизмы запуска // Новости хирургии. – 2021. – Т. 29. – №. 1.
6. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 15-19
7. Бурневич Э. З. и др. Вариантная форма аутоиммунного поражения печени (первичный билиарный холангит/аутоиммунный гепатит-перекрест), ассоциированная с генерализованным саркоидозом (клинические наблюдения и обзор литературы) // Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 1.

8. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Мининвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. - 2010. - № 7. — С. 55-59.

9. Вайнер, Ю.С. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой / Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017.- № 1.- С. 664.

10. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – N 3(29). – С. 30-35.

11. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.

12. Вилявин М.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистохолангиолитиаза / М.Ю. Вилявин, Н.Ю. Осипов // Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – N 3(12). – С. 50.

13. Врабие Е. Е., Ашевский В. В. Лечение желчных перитонитов //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. – Т. 7. – №. 5. – С. 767-767.

14. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин // Анналы хирург. гепатологии. – 2012. - №2. - С. 26-33.

15. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи //Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 10-24.

16. Глушков Н. И. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 2010. — №10. С. 53-58.
17. Гостищев В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. - 2001. — № 9. — С. 30-31.
18. Гумерова Г. Н. и др. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица Науки. – 2020. – №. 5. – С. 25-31.
19. Данилов С.А. Современные тенденции в лечении холецистохоледохолитиаза / С.А. Данилов, Н.Ю. Коханенко, А.Л. Иванов // Вестник СПбГУ. – 2011. – N 3. – С. 52-60.
20. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. НВ Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 145-148.
21. Дешук А. Н. Отдельные аспекты лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском // Материалы 7 Всероссийской конференции общих хирургов. — Красноярск, 2012. С. 618-620.
22. Дундаров З. А. и др. Холангиогенная инфекция у пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков // Хирургия Беларуси на современном этапе. – 2018. – С. 55-57.
23. Дурлештер, В.М. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе / Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. и др. // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017.- № 1.- С. 101-102.
24. Загидуллина Г.Т. Современные технологии в диагностике холедохолитиаза / Г.Т. Загидуллина, А.И. Курбангалеев // Практическая медицина. – 2015. – N 4-2(89). – С. 45-49.

25. Зубрицкий В. Ф. и др. Послеоперационный желчный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Медицинский вестник МВД. – 2017. – №. 3. – С. 4-11.

26. Ильинский И. М., Цирульникова О. М. Первичный билиарный холангит // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2021. – Т. 23. – №. 1. – С. 162-170.

27. Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 20. – №. 3. – С. 68-74.

28. Карпухин Г. Н., Лейбельс В. Н., Боев С. Н. Экстренные видеолапароскопические холецистэктомии у лиц пожилого и старческого возраста // Новые технологии в хирургии: Матер, трудов междунар. хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 212.

29. 110. Кабанов М. Ю. и др. Подходы к диагностике и лечению холедохолитиаза у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2022. – Т. 17. – №. 1. – С. 107-115.

30. Кибизова А. Э. Хирургическая тактика при деструктивных формах острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — Нальчик, 2005. — 24 с.

31. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 31-35.

32. Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы / С.Б. Косаева, М.Ж. Аймагамбетов // Наука и здравоохранение. – 2018. – N 2(20). – С. 148-167.

33. Кравец, К. В., Бородаев, И. Е., Муравьев, П. Т., & Запорожченко, Б. С. (2020). Современное лечение пациентов с перфорацией стенки желчного пузыря и перитонита.

34. Капралов С. В., Копылов В. В., Масляков В. В. Результаты лечения острого холецистита с использованием малоинвазивного декомпрессионного эхоконтролируемого вмешательства у больных в пожилом и старческом возрасте // Вестник Чеченского государственного университета. – 2017. – №. 1. – С. 93-101.

35. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. - 2018. - Т. 19. - №. 1. - С. 31-35.

36. Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы / С.Б. Косаева, М.Ж. Аймагамбетов // Наука и здравоохранение. - 2018. - N 2(20). - С. 148- 167.

37. Лазебник Л. Б., Сухарева Г. В., Дорофеевков М. Е. Распространенность и клиническая картина желчнокаменной болезни среди пожилого населения Москвы // Клиническая геронтология. — 2007. -№ 1. — С. 21-25.

38. Кульчиев А. А. и др. Лечение малоинвазивными методами осложнённых форм желчекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Альманах мировой науки. – 2016. – №. 1-1. – С. 47-51.

39. Майстренко Н. А., Довганюк В. С., Феклюнин А. А. и др. Выбор рациональной хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возрастов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова–2010. — Т. 169, № 3. — С. 71-77.

40. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Прядко А.С. и др. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных

повреждениях желчевыводящих протоков. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2015; 174(5): 22-31.

41. Михин А.И., Орлов С.Ю., Василенко К.В., Сажин А.В. Эндоскопическое лечение пациентов старческого возраста со сложным холедохолитиазом //Эндоскопическая хирургия. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 53-60.

42. Мерзликин Н.В. Методы лечения холедохолитиаза / Н.В. Мерзликин, В.Ф. Подгорнов, Е.В. Семичев, П.С. Бушланов, В.Д. Талачева // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – N 4(14). – С. 99-109.

43. Мизгирёв Д. В. и др. Инфицированность желчи и холангит при механической желтухе опухолевого генеза //Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16. – №. 1-2. – С. 120-125.

44. Мирзабеков С. Г. Оптимизация результатов лечения холангита у пациентов с механической желтухой //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2018. – Т. 8. – №. 4.

45. Михайлова Д.А., Нуштаева С.А., Стяжкина С.Н. Механическая (обтурационная) желтуха. Клинический случай //Modern Science. – 2020. – №. 3-1. – С. 299-301.

46. Михин А.И., Орлов С.Ю., Василенко К.В., Сажин А.В. Эндоскопическое лечение пациентов старческого возраста со сложным холедохолитиазом //Эндоскопическая хирургия. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 53-60.

47. Муминов С. и др. Усовершенствование классификации желчного перитонита //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – №. 2. – С. 33-37.

48. Мумладзе Р. Б., Чеченин Г. М., Баринов С. С. Мининвазивные технологии хирургического лечения острого холецистита и механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. — 2008. — № 4. — С. 11-18.

49. Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана 2019. №1. Стр. 326.

50. Назаров З. Н. и др. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста (обзор литературы) //international scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С. 115-123.

51. Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждение аберрантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII(5). Стр.11-15.

52. Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М. М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 7-9.

53. Нерсесов А. В. и др. Клинический протокол диагностики и лечения первичный билиарный холангит, первичный склерозирующий холангит //Медицина (Алматы). – 2018. – №. 10. – С. 88-113.

54. Нестеренко Ю. А., Михайлузов С. В. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клиническая геронтология. — 2006. -№ 6. — С. 34-39.

55. Оморов Р. А. и др. Миниинвазивные методы в лечении желчнокаменной болезни у больных старшего возраста //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18. – №. 4. – С. 147-150.

56. Павлей Д. С. Интервенционная ЭРХПГ при конкрементах желчных протоков //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2020. – Т. 10. – №. 11. – С. 288-298.

57. Пенкина Т. В. и др. Первичный билиарный холангит-новая нозологическая единица в классификации болезней печени (обзор литературы и собственное клиническое наблюдение) //Медицинский совет. – 2019. – №. 3.

58. Поканевич В.Д., Полушин С.Ю. Сравнительный анализ шкал для оптимальной диагностики билиарного сепсиса у больных с острым холангитом //Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 1. – №. S1. – С. 226-230.

59. Полунина Т. Е. Холестатические заболевания печени: алгоритмы диагностики и лечения //РМЖ. – 2021. – Т. 29. – №. 6. – С. 81-87.

60. Прудков М.И., О.Г. Орлов, А.В. Кобернюк. Мат. пленума правл. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. 2016; 88-89.

61. Поканевич В.Д., Полушин С.Ю. Сравнительный анализ шкал для оптимальной диагностики билиарного сепсиса у больных с острым холангитом //Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 1. – №. S1. – С. 226-230.

62. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Кабанов Е.Н., & Дубровина Д.Е.. Гнойный холангит и билиарный сепсис // Нестираемые скрижали: сепсис et cetera. – 2020. – С. 160-163.

63. Рыбачков Е. Н., Кабанов Е. Н., Лими́на М. И. Острый холецистит у больных старческого возраста // Клиническая геронтология. — 2008. — №4. — С. 34-39.

64. Святненко А.В. и др. Антеградная декомпрессия билиарного тракта у больных острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2018. – Т. 13. – №. 2.

65. Салахидинов С. З. и др. Геронто-гериатрические аспекты ранней диагностики, профилактики и путей оптимизации лечения желчекаменной болезни (обзор литературы) //Universum: медицина и фармакология. – 2021. – №. 5 (77). – С. 29-35.

66. Семенова М.М. Сравнительный анализ методов хирургического лечения острого гнойного холангита на фоне механической желтухи неопухолевого генеза / Семенова М.М., Кондратьев Д.Г., Кашаева М.Д. // Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского.- 2017.- № 1.- С. 985-986.

67. Силивончик Н. Н. и др. Случай первичного билиарного холангита (первичного билиарного цирроза) //Приложение к журналу «Лечебное дело». – 2020. – С. 66.

68. Сипливый В. А. Хирургическое лечение острого холангита при холедохолитиазе / В. А. Сипливый, Д. В. Евтушенко, Г. Д. Петренко, С. А. Андреещев, А. В. Евтушенко // Клінічна хірургія. – 2016. – N 1. – С. 34–37.

69. Скульский С.К. Лапароскопическая холецистэктомия: современный взгляд на предоперационную диагностику холедохолитиаза / С.К. Скульский, В.А. Кащенко, А.А. Лойт, Е.Г. Солоницын // Вестник СПбГУ. – 2015. – N 1. – С. 65–71.

70. Столин А. В. Хирургическое лечение острого холангита //Уральский медицинский журнал. – 2019. – №. 11. – С. 106-109.

71. Стяжкина С. Н., Рублев А. А. Обострение хронического калькулезного холецистита. холангит. холедохолитиаз. клинический случай //Modern Science. – 2021. – №. 3-2. – С. 323-327.

72. Стяжкина С.Н. Коморбидная патология при желчнокаменной болезни / С.Н. Стяжкина, А.А. Плотникова, В.Д. Плотников // Научный альманах. – 2017. – N 3-3(29). С. 364 – 366.

73. Суздальцев И. В. Диагностика и хирургическое лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук. - Краснодар: Кубан. гос. мед. акад. — 2001. — 41 с.

74. Сухарева Г. В., Дорофеенков М. Е. Факторы риска при желчнокаменной болезни у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2008. —№ 1. —С. 8-12.

75. Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, В.А. Юдин, А.А. Копейкин, А.А. Натальский, А.Ю. Богомоллов, А.С. Кузнецова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – N 2(6). – С. 218-224.

76. Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И., Куликова Н.А., Ташкинов А.Н. Эндоскопические вмешательства при желчеистечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом. // Вопросы общей хирургии. 2013. Стр. 64-67.

77. Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция. // Хирургия Украины. 2014, №3. Стр. 44-49.

78. Тотиков В. З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 2005. — №6. —С. 20-23.

79. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтиев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII (5). Стр. 5-10.

80. Хаджибаев Ф. А. и др. Лечение осложнений чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20. – №. 2. – С. 51-55.

81. Хаджибаев Ф.А. и др. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите //Вестник экстренной медицины. – 2018. – №. 3.

82. Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н. Транспапиллярные эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом // Шошилинич тиббиёт ахборотномаси 2017. №4х. С. 69.

83. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII (4). Стр. 78-84.

84. Харламов Б. В. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении холецистита у больных пожилого и старческого возраста: Дисс.... канд. мед. наук.-М., 2007.- 144 с.

85. Хацко В. В. Билиарный сепсис желчнокаменной этиологии / В. В. Хацко, В. В. Потапов, О. К. Зенин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2016. N 3 (39). С. 62–68.

86. Чарышкин А.Л. Малоинвазивное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью / А.Л. Чарышкин, К.И. Бикбаева // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2015. – N 3. – С. 56-65.

87. Чернов В. Н., Суздальцев И. В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. — Ростов-на-Дону: Изд- во РГМУ, 2002. — С. 7-11.

88. Чумаков А. А., Кокуж С. В. Опыт лечения острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. — 2008. — № 4. — С. 43-47.

89. Шаповальянц С.Г. Сложный холедохолитиаз – результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни / С.Г. Шаповальянц, Т.Б. Ардасенов, А.Г. Паньков, С.А. Будзинский, В.С. Веселова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – N 4. – С. 15-21.

90. Шорох С. Г. Этапность эндохирургического лечения осложненного холецистита у больных с высоким операционным риском // Новые технологии в хирургии: Труды междунар. хирург, конгресса. — Ростов-на- Дону, 2005. — С. 25-27.

91. Шулутко А.М. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе / А.М. Шулутко, В.Г. Агаджанов, А.Г. Натрошвили, И.Г. Натрошвили // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – N 1(18). – С. 38- 41.

92. Эпштейн А.М. Эндосонография в диагностике холедохолитиаза / А.М. Эпштейн, Б.Л. Дуберман, С.М. Дыньков, В.Н. Поздеев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – N 10 (110). – С. 33-37.

93. Abbasoğlu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery. 2016;32(4):300-305.

94. Ajlan M. Detectability of choledocholithiasis on CT: The effect of positive intraduodenal enteric contrast on portovenous contrast-enhanced studies / M. Ajlan, L. Stein, E. Kao, G. Artho, [et al] // The Saudi Journal of gastroenterology. – 2015. N 5. – P. 306-312

95. Alexakis N. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones/ N. Alexakis, S. Conno // HPB (Oxford). – 2012. – N 14(4). – P. 254–259.

96. Alves K. Frequency of cholecystectomy and associated sociodemographic and clinical risk factors in the ELSA-Brasil study / K. Alves, A. Goulart, R. Ladeira, I. de Oliveira, I. Bensenno // Sao Paulo Med J. – 2016. – N 134(3). – P. 240-250.

97. Anand G. Factors and Outcomes Associated with MRCP Use prior to ERCP in Patients at High Risk for Choledocholithiasis / G. Anand [et al.] // Canadian journal of gastroenterology & hepatology. – 2016. – doi:10.1155/2016/5132052

98. Ansaloni L. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis / L. Ansaloni, M. Pisano, F. Coccolini, [et al.] // World J Emerg Surg. – 2016. – N 11(25). – P. 2-23.

99. Barrett M, Asbun HJ, Chien HL, Brunt LM, Telem DA. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. Surg Endosc. 2018; 32(4):1683-88.

100. Budipramana V. S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation //Case Reports in Medicine. – 2020. – T. 2020.

101. Cao J. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study / J. Cao, C. Peng, X, Ding [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2018. – N 18(1). – P. 128.

102. Chen Y., Martel M., Barkun A. Choledocholithiasis: Should EUS replace MRCP in patients at intermediate risk? / Y. Chen, M. Martel, A. Barkun // Gastrointestinal endoscopy. – 2017. – N 86(6). – P. 994-996.

103. Costache M.-I. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: From the past to the future / M.-I. Costache, S. Iordache, J. Karstensen, [et al.] // Endoscopic ultrasound. – 2013. – N 2(2). – P. 77-85.

104. Costi R. Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy / R. Costi, A. Gnocchi // World J Gastroenterol. – 2014. – N 20(37). – P. 13382-13401.

105. Dash B. R. et al. Diagnosis of Gall Bladder Mucocele, Calculi and Bile Peritonitis in a Dog //INTAS POLIVET. – 2020. – T. 21. – №. 1. – С. 208-211.

106. De Castro V., Moura E., Chaves D., et al. Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review / V. De Castro, E. Moura, D. Chaves, [et al.] // Endosc Ultrasound. – 2016. – N 5(2) – P. 118–128.

107. Deo K. Laparoscopic Choledochotomy in a Solitary Common Duct Stone: A Prospective Study / K. Deo, S. Adhikary, S. Khaniya, V. Shakya, C. Agrawal // Minim Invasive Surg. – 2018. – P. 5.

108. Donatelli G, Vergeau B, Derhy S, et al. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. Gastrointestinal endoscopy. 2014; 79(5): 855-864.

109. Ekmekcigil E, Ünalp Ö, Uğuz A, et al. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. Turk J Surg. 2018; 28:1-7.

110. Feng Q. Laparoscopic Transcystic Common Bile Duct Exploration: Advantages over Laparoscopic Choledochotomy / Q. Feng,

Y. Huang, K. Wang, R. Yuan, X. Xiong, L. Wu // PLoS One. – 2016. – N 11(9). – P. 1-13.

111. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. 2017; 11(4): 399-405.

112. Flores-Rangel GA, Chapa-Azuela O, Rosales AJ, Roca-Vasquez C, Böhm-González ST. Quality of Life in Patients with Background of Iatrogenic Bile Duct Injury. World J Surg. 2018;42(9):2987-2991.

113. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. 2014, 188;

114. Gomi H. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis / H. Gomi, J. Solomkin, D. Schlossberg, K. Okamoto, T. Takada, S. Strasberg, M. Yamamoto // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2018. – N 25(1). – P. 3-16.

115. Han S. Y. et al. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for first-line palliation of malignant distal biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis //Scientific reports. – 2019. – T. 9. – №. 1. – C. 1-9.

116. Hanau L. Acute (ascending) cholangitis / L. Hanau, N. Steigbigel // Infect Dis Clin North Am. – 2020. – N14 (3). – P. 521-546.

117. Harewood G. Cost analysis of magnetic resonance cholangiography in the management of inoperable hilar biliary obstruction / G. Harewood, T. Baron // American Journal of Gastroenterology. – 2019. – N 5(97). – P. 1152-1158.

118. Hope W. SAGES clinical spotlight review: intraoperative cholangiography / W. Hope, R. Fanelli, D. Walsh [et al.] // Surg Endosc. – 2017. – P. 2007 – 2016.

119. Hungness E. Management of common bile duct stones / E. Hungness, N. Soper // J Gastrointest Surg. – 2016. – N 10. – P. 612–619.

120. Issa H. Successful Treatment of Mirizzi's Syndrome Using SpyGlass Guided Laser Lithotripsy / H. Issa, B. Bseiso, F. Almousa, A. Al-Salem // Gastroenterology Res. – 2018. – N 5(4). – P. 162–166.

121. Iwashita Y, Hibi T, Ohyama T. Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: an evolutionary cul-de-sac or the birth pangs of a new technical framework? *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017; 24(11): 591-602. doi: 10.1002/jhbp.503. Epub 2017 Oct 23.

122. Jaffey J. A. et al. Gallbladder mucocele: variables associated with outcome and the utility of ultrasonography to identify gallbladder rupture in 219 dogs (2007–2016) // *Journal of veterinary internal medicine.* – 2018. – Т. 32. – №. 1. – С. 195-200.

123. Jones M. Gallbladder Gallstones (Calculi) / M. Jones, C. Weir, Ghassemzadeh S. // *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.* – 2019. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>)

124. Joshi A. Four Susceptibility Loci for Gallstone Disease Identified in a Metaanalysis of Genome-Wide Association Studies / A. Joshi, C. Andersson, S. Buch, [et al.] // *Gastroenterology.* – 2016. – N 151(2). – P. 351–363.

125. Kanno Y. et al. Efficacy of a newly developed dilator for endoscopic ultrasound-guided biliary drainage // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.* – 2017. – Т. 9. – №. 7. – С. 304.

126. Kharbutli B. Management of preoperatively suspected choledocholithiasis / B. Kharbutli, V. Velanovich // *Gastrointest. Surg.* – 2018. – N 11(12). – P. 1973–1980.

127. Kiriya S. Clinical application and verification of the TG13 diagnostic and severity grading criteria for acute cholangitis: an international multicenter observational study / S. Kiriya, T. Takada, T.-L. Hwang, [et al.] // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* – 2017. – N 2. – P. 329-337.

128. Kleinubing D. Selective versus routine intraoperative cholangiography for cholecystectomy / D. Kleinubing, R. Riera, D. Matos, M. Linhares // *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* – 2018. – doi: 10.1002/14651858.CD012971.

129. Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. *ANZ J Surg* 2019;89(11):E554-E555.

130. Kulikovskiy VF, Yarosh AL, Karpachev AA, et al. Minimally invasive management of biliary leakage after cholecystectomy. *Khirurgiia (Mosk)*. 2018; (4): 36-40.

131. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery // *Complications in Small Animal Surgery*. – 2016. – С. 441-445.

132. Lee T. Endoscopic treatments of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related duodenal perforations / T. Lee, J. Han, S. Park // *Clin Endosc*. – 2013. – N 46(5). – P. 522–528.

133. Levy M. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update / M. Levy, L. Evans, A. Rhodes // *Intensive Care Med*. – 2018. – N 44. – P. 925–928.

134. Mangieri CW, Hendren BP, Strode MA, Bandera BC, Faler BJ. Bile duct injuries (BDI) in the advanced laparoscopic cholecystectomy era. *Surg Endosc*. 2018 Jul 13. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7.

135. Mattilla A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Johanna, K. Ilmeo // *BMC Surgery*. – 2017. – N 17(79). – doi: 10.1186/s12893-017-0274-2.

136. Miller T, Singhal S, Neese P, et al. Non-operative repair of a transected bile duct using an endoscopic-radiologic rendezvous procedure. *J. Dig. Dis*. 2013; 14: 509–511.

137. Nassar Y. Management of complicated gallstones in the elderly: comparing surgical and non-surgical treatment options/ Y. Nassar, S. Richter // *Gastroenterology Report*. – 2019. – N 7(3). – P. 205–211.

138. Nicholas M. Complications of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: How to Avoid and Manage Them / M. Nicholas, H. Firas // *Gastroenterology & Hepatology*. – 2013. – N 8(9). – P. 496-504.

139. Otto W, Sierdziński J, Smaga J, Dudek K, Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(41): e12684. doi: 10.1097/MD.00000000000012684.

140. Perales S. Comparative evaluation of magnetic resonance cholangiopancreatography and perioperative cholangiography in patients

with suspect choledocholithiasis / S. Perales, L. Souza, E. Crema // *Arq Bras Cir Dig.* – 2019. – N 32(1). – P. 1- 4.

141. Rainio M, Lindström O, Udd M, et al. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. *Dig Dis Sci.* 2018; 63(2): 474-480.

142. Raith E. Prognostic Accuracy of the SOFA Score, SIRS Criteria, and qSOFA Score for In-Hospital Mortality Among Adults With Suspected Infection Admitted to the Intensive Care Unit / E. Raith, A. Udy, M. Bailey, [et al.] // *JAMA.* – 2017. – N 317(3). – P. 290-300.

143. Rystedt J. Bile duct injuries associated with 55134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. *World. J. Surg.* 2016; 40(1): 73-80.

144. Schachera F. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus surgery for choledocholithiasis – A meta-analysis / F. Schachera, S. Giongoa, [et al.] // *Annals of Hepatology.* – 2019. – N18(4). – P. 595-600.

145. Schiborra F., McConnell J. F., Maddox T. W. Percutaneous ultrasoundguided cholecystocentesis: complications and association of ultrasonographic findings with bile culture results // *Journal of Small Animal Practice.* – 2017. – T. 58. – №. 7. – С. 389-394.

146. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. *Korean J Intern Med.* 2017;32:79-84. <https://doi.org/10.3904/kjim.2015.165>.

147. Shields H. Two Cases of Acute Cholecystitis and Symptomatic Choledocholithiasis in Two Women Less than 40-Years-of-Age with Hormonal Intrauterine Devices / H. Shields, H. Sidh // *Gastrointestinal Medicine.* – 2018. – doi: 10.1155/2018/2390213

148. Taki-Eldin A. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital / A. Taki-Eldin, A. Badawy // *Arq Bras Cir Dig.* – 2018. – N 31(1). – P. 1347.

149. Testoni A. No treatment for asymptomatic gallbladder stones / A. Testoni // *Endoscopy International Open.* – 2017. – N 5. – P. 1151–1152.

150. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.

151. Tomizawa M. Comparison of acute cholangitis with or without common bile duct dilatation / M. Tomizawa, F. Shinozaki, R. Hasegawa, [et al.] // Exp Ther Med. – 2017. – N 13(6). – P. 3497–3502.

152. Tornqvist B, Waage A, Zheng Z, Ye W, Nilsson M. Severity of Acute Cholecystitis and Risk of Iatrogenic Bile Duct Injury During Cholecystectomy, a Population-Based Case-Control Study. World J Surg. 2016;40(5):1060-7.

153. Venkatanarasimha N. Diagnosis and Management of Complications from Percutaneous Biliary Tract Interventions-Erratum / N. Venkatanarasimha, K. 125 Damodharan, A. Gogna, S. Leong, C. Too, [et al.] // Radiographics. – 2017. – N 37(3). – P. 1004.

154. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

155. Wang L., Zhou D., Hou H., Wu C., Geng X. Application of “three lines and one plane” as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile ductstones. Medicine (Baltimore) 2018; 97(16):e0155.

156. Yamamoto Y. et al. Risk factors for adverse events associated with bile leak during EUS-guided hepaticogastrostomy //Endoscopic Ultrasound. – 2020. – Т. 9. – №. 2. – С. 110.

157. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. 2013; 20: 89-96.

158. Zhou XJ, Dong Q, Zhu CZ, et al. The role and significance of digital reconstruction technique in liver segments based on portal vein structure. Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2018 Jan 1;56 (1):61-67.

Э.А. РИЗАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

монография

Номер лицензии издателя: 143413

Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА

Корректор — Олим РАХИМОВ

Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ

Вёрстка — Дилшода АБДИАХАТОВА

Дизайнер — Даврон НУРУЛЛАЕВ

Отпечатано в типографии “ SARVAR MEHROJ BARAKA”

**Номер сертификата — 704756. 140100. г. Самарканд,
ул. Мирзо Улугбек, 3.**

Подписано в печат 1.11.2023 Протокол 3

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 7.79

Тираж: 200 экз. Заказ № 264/2023

Тел/факс: +998 94 822-22-87. e-mail: sarvarmehrojbaraka@gmail.com



