

УДК 616.366–002–089.819

## РОЛЬ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Н. И. Глушков, А. В. Скородумов, М. Б. Кветный, А. В. Андрусенко, Д. Х. Аминов  
*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия*

## THE ROLE OF PUNCTURE DRAINING INTERVENTIONS IN TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

N. I. Glushkov, A. V. Skorodumov, M. B. Kvetnyi, A. V. Andrusenko, D. Kh. Aminov  
*North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia*

© Коллектив авторов, 2016

Представлены результаты лечения острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом, у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, с использованием миниинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств. Авторами проанализированы полученные данные и показана эффективность применения чрескожно-чреспеченочных и чрескожно-трансперитониальных вмешательств в лечении острого холецистита.

**Ключевые слова:** острый калькулезный холецистит, пункционно-дренирующие вмешательства, пожилой и старческий возраст.

The results of treatment of acute calculous cholecystitis complicated by obstructive jaundice and cholangitis in elderly and senile patients with severe comorbidities using miniinvasive puncture draining interventions are presented. The authors had reviewed the obtained data and had shown the efficacy of percutaneous transhepatic and percutaneous transperitoneal interventions in treatment of acute cholecystitis.

**Key words:** acute calculous cholecystitis, puncture draining interventions, elderly and senile age.

*Контакт: Михаил Борисович Кветный, kvetniy@tech-pro.ru*

### ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на возросшее за последние два десятилетия качество хирургической помощи населению, острый холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний брюшной полости, особенно в группе больных пожилого и старческого возраста [1]. Общая летальность при этом на протяжении последних 10 лет находится примерно на одинаковом уровне и колеблется, в зависимости от удельного веса деструктивных форм заболевания, в пределах 5–8% [2]. В то же время летальность при тяжелых формах острого холецистита остается очень высокой и достигает 40–50% [3, 4].

Миниинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ или рентгенотелевизионным контролем в лечении острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста, по мнению многих авторов [5], должны стать методом выбора на первом этапе лечения, поскольку имеют несомненные преимущества перед лапароскопической холецистостомией и тем более перед традиционной холецистэктомией. Однако до настоящего времени нет четкого представления о показаниях и противопоказаниях

ях к пункционно-дренирующим вмешательствам у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности [6, 7].

Вышеизложенное указывает на необходимость дальнейшего изучения и совершенствования хирургического лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста с использованием миниинвазивной хирургии, что позволит уменьшить послеоперационную летальность в этой группе больных.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом, у больных пожилого и старческого возраста.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной работе анализируется опыт хирургического лечения 191 пациента с острым калькулезным холециститом с использованием пункционно-дренирующих вмешательств.

Контрольную группу составили 149 пациентов, у которых выполнены радикальные операции из лапаротомного доступа в связи с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом (в том числе резидуальным) без предварительной декомпрессии желчного пузыря. У 47 пациентов (31,5%) оперативные вмешательства были выполнены при наличии явлений перитонита в экстренном порядке.

Критериями включения в группы были возраст старше 60 лет, наличие осложненного острого калькулезного холецистита.

Возраст больных составил от 60 до 92 лет, средний возраст — 71,14 года. Из 191 больного 137 (71,7%) составили женщины, 54 (28,3%) — мужчины. Соотношение мужчин и женщин было 1:2,5.

В целом у больных старше 60 лет различные формы патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, цереброваскулярная болезнь) встречались в 100% случаев, патология дыхательной системы — в 15,3% случаев, нарушения обмена веществ — в 22,9%. Это обуславливало тяжесть данного контингента больных и заставляло отказываться от выполнения радикальных вмешательств, отдавая предпочтение пункционно-дренирующим вмешательствам.

Оценку операционно-анестезиологического риска проводили согласно классификации состояния физического статуса больного, предложенной Американским обществом анестезиологов (ASA). При этом в основной группе в 32,5% слу-

чаев отмечалась IV степень операционного риска, в контрольной — в 28%.

Всего в основной группе 191 больному было выполнено 209 операций. Вмешательства проводились под рентген-телевизионным и ультразвуковым контролем.

Показанием к проведению чрескожных чреспеченочных вмешательств послужила необходимость декомпрессии и санации желчных протоков у больных при наличии:

- механической желтухи с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л — 48 (25,2%);
- явлений холангита — 10 (5,2%);
- острого обтурационного холецистита — 133 (69,6%).

В 170 (89,1%) случаях была выполнена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под контролем УЗИ; 21 (10,9%) больному наряду с микрохолецистостомией выполнялись под рентгенотелевизионным контролем эндобилиарные вмешательства в виде наружного или наружно-внутреннего дренирования желчных путей. Противопоказанием являлись некорригируемые нарушения свертываемости крови и непереносимость йодистых препаратов.

В 54 (28,3%) случаях ЧЧМХС была выполнена как единственное вмешательство, после которого никаких других вмешательств не потребовалось. В остальных 137 (71,7%) случаях она оказалась первым этапом лечения, после которого в 37 (27,0%) случаях потребовались эндобилиарные операции на желчных протоках под рентген-телевизионным контролем (дилатация стриктур (стенозов) и/или низведение конкрементов в ДПК) и эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке. В 85 (62,0%) случаях больных удалось подготовить к радикальным операциям: 41 (48,2%) больному была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (в том числе с холедолитотомией), 30 (35,3%) больным — минилапаротомная холецистэктомия (в том числе с холедолитотомией), 14 (16,5%) больным потребовалось выполнение вмешательств в виде холецистэктомии и/или холедохолитотомии традиционным доступом в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом после предшествующих операций на органах брюшной полости. У 15 (10,9%) пациентов из 137 после чрескожной чреспеченочной декомпрессии желчного пузыря воспалительный процесс прогрессировал, что потребовало выполнения радикальной операции в первые двое суток после дренирования.

Таблица

## Послеоперационные осложнения

Осложнения	Группы			
	основная (n=191)		контрольная (n=149)	
	абс.	%	абс.	%
Пневмония	6	24	11	28
Острый инфаркт миокарда	2	8	14	34
Кровотечения из острых язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта	8	32	5	12
Острый панкреатит	3	12	3	8
Желчеистечение в свободную брюшную полость	5	20	7	18
Субкапсулярная билома печени	1	4	0	0
Всего	25	13,0	40	27,0

Статистическая обработка полученных данных производилась по критерию Фишера, с помощью программы Statistica 6 для персонального компьютера.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Декомпрессивные вмешательства выполнялись как первый или окончательный этап хирургического лечения. Выбор способа дренирования желчных путей осуществлялся на основе ведущей патологии.

При наличии острого обтурационного холецистита предпочтение отдавалось дренированию желчного пузыря, что позволяло купировать острый воспалительный процесс. При механической желтухе дополнительно дренировали гепатикохоледох. У 54 больных из 191 вмешательство стало первым и окончательным этапом лечения в связи с наличием противопоказаний к радикальной операции.

По нашим наблюдениям послеоперационные осложнения встретились у 25 больных из 191 (таблица).

Среди осложнений в основной группе преобладали такие осложнения, как пневмония (24%), кровотечения из острых язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта (32%) и желчеистечение в свободную брюшную полость в связи с миграцией дренажа (20%). В то же вре-

мя после традиционных операций на первое место выходили такие осложнения, как острый инфаркт миокарда (34%) и пневмония (28%).

В основной группе больных отмечено 8 (4,1%) летальных исходов. В контрольной группе умерли 18 пациентов (12,3%). Случаи летальных исходов объяснялись тяжелым состоянием больных пожилого и старческого возраста (все эти больные были старше 70 лет) за счет основного и сопутствующего заболеваний, а также развития осложнений, чаще всего со стороны сердечно-сосудистой системы.

## ВЫВОДЫ

Предварительные декомпрессионно-санационные вмешательства под ультразвуковым или рентгенотелевизионным контролем в 28,3% являются окончательным методом лечения у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом.

В тех случаях, когда требуется выполнение радикальных операций, пункционно-дренирующие операции позволяют эффективно подготовить к ним больных, способствуя разрешению явлений механической желтухи, острого обтурационного холецистита, холангита, при этом снизить число послеоперационных осложнений с 27% до 13% и летальность с 12,3% до 4,1%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лазаренко В.А., Горшунова Н.К., Григорьев Н.Н., Шумаков П.В. Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2012. — Т. V, № 2. — С. 273–276.
2. Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Доронин М.Б. Определение подходов к выбору нового способа малоинвазивного хирургического лечения пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — № 4 (48). — С. 51–54.
3. Воротынцева А.С., Овчинников А.А., Каменцева С.В., Меграбян Р.А. Миниинвазивные лучевые методы в диагностике и хирургическом лечении заболеваний желчных протоков // Доктор. Ру. — 2012. — № 3. — С. 52–58.

4. *Курбанисмаилова Р.Р., Меджидов Р.Т.* Хирургическая тактика при осложненной желчнокаменной болезни у пациентов старческого возраста // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2013. — Т. 8, № 1. — С. 38–41.
5. *Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П. А* и др. Миниинвазивные технологии в лечении острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2014. — № 8. — С. 4–8.
6. *Ушаков А.А.* Оптимизация хирургической тактики у больных желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, осложненной острым гнойным холангитом // Уральский мед. журн. — 2012. — № 9. — С. 128–133.
7. *Шулутко А.М., Прудков М.И., Тимербулатов В.М.* Минилапаротомные технологии при желчекаменной болезни: системный подход или хирургическая эквивалибристика // Анналы хирургической гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 2. — С. 34–41.

*Поступила в редакцию 01.02.2016 г.*