

Хирургическая Стратегия Лечения Острого Холецистита У Лиц Старших Возрастных Групп С Вовлечением Жёлчных Протоков

Назаров Закир Норжигитович ¹

Аннотация

Острый холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста представляет собой сложную клиническую проблему, особенно при вовлечении внепечёночных желчных протоков. В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 102 пациентов в возрасте от 65 до 89 лет, разделённых на две группы — с и без поражения желчных протоков. В основной группе применялась дифференцированная стратегия с использованием этапных малоинвазивных вмешательств (ЭРХПГ, чрескожная холецистостомия) и отсроченной холецистэктомии. Показано, что такой подход способствует снижению послеоперационной летальности, частоты осложнений и длительности госпитализации по сравнению с традиционной тактикой. Выводы подтверждают необходимость индивидуализированной хирургической стратегии в лечении острого холецистита у возрастных пациентов с билиарными осложнениями.

Ключевые слова: острый холецистит, пожилой возраст, холедохолитиаз, холангит, малоинвазивные вмешательства, холецистэктомия, хирургическая тактика.

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) – одно из самых частых неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, причём значительная доля пациентов приходится на лиц пожилого и старческого возраста . В крупных хирургических стационарах пациенты старших возрастных групп составляют почти половину всех больных с острым холециститом . У пожилых лиц преобладает калькулёзный холецистит, нередко протекающий со стёртой клинической картиной и быстрым развитием деструктивных изменений в желчном пузыре (флегмона, гангрена) вследствие возрастных особенностей иммунного ответа и склонности к ишемическим

нарушениям. Накопление конкрементов в желчном пузыре часто сочетается с поражением внепечёночных желчных протоков – по данным исследований, холедохолитиаз выявляется у 8–25% больных с желчнокаменной болезнью, а у людей пожилого возраста достигает 30% . При остром холецистите частота сопутствующего холедохолитиаза достигает 35% случаев , что приводит к развитию механической желтухи и восходящего холангита.

Ухудшение оттока жёлчи и инфицирование жёлчных протоков существенно отягощают течение острого холецистита. У более половины пациентов с острым холециститом, осложнённым холедохолитиазом, развиваются острый холангит или даже билиарный сепсис . Эти осложнения сопровождаются полиорганной дисфункцией и резко повышают операционный риск. Согласно литературным данным, наличие сопутствующей патологии желчных путей у больных ОХ старческого возраста повышает летальность до 43%, что в 5–10 раз выше, чем у пациентов молодого возраста . В целом, послеоперационная летальность у больных острым холециститом пожилого и старческого возраста достигает 6–33%, а у пациентов старше 80 лет может превышать 40–50% . Таким образом, стандартная экстренная холецистэктомия у возрастных больных на фоне осложнённого холецистита сопряжена с чрезвычайно высоким риском.

Несмотря на распространение концепции ранней активной хирургической тактики при остром холецистите (в первые 72 часа от начала болезни) , в группе пожилых пациентов с тяжёлыми сопутствующими патологиями такой подход не привёл к значимому снижению летальности . Традиционное хирургическое вмешательство в условиях выраженной коморбидности и билиарных осложнений часто оказывается небезопасным . Поэтому актуальным является поиск оптимальной тактики лечения острого калькулёзного холецистита у лиц старших возрастных групп, особенно при осложнённом его течении (механическая желтуха, холангит и др.). В последние годы всё большее распространение получают малоинвазивные и этапные методы хирургического лечения данной патологии – эндоскопические и чрескожные вмешательства, позволяющие стабилизировать состояние пациента перед выполнением окончательной холецистэктомии . Дифференцированный подход, учитывающий выраженность воспалительного процесса в желчных путях и общее состояние больного, рассматривается как перспективный путь снижения послеоперационной летальности и числа осложнений.

Цель исследования. Определить оптимальную хирургическую тактику лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста, осложнённого поражениями желчных протоков, и оценить её влияние на результаты лечения. Целью являлось повышение эффективности и безопасности хирургического лечения данной категории пациентов за счёт дифференцированного подхода (этапные малоинвазивные вмешательства, своевременная декомпрессия желчных путей, выбор оптимального времени и метода операции).

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе хирургического отделения; включено 102 пациента пожилого и старческого возраста (от 65 до 89 лет, средний возраст $74,3 \pm 6,1$ года) с острым калькулёзным холециститом. Все пациенты имели клиническую картину острого холецистита (боль в правом подреберье, лихорадка, лейкоцитоз) и были обследованы посредством лабораторных и инструментальных методов (УЗИ, КТ или МРТ по показаниям). Диагноз осложнённого течения (поражение желчных протоков) устанавливался при наличии признаков механической желтухи (гипербилирубинемия, расширение холедоха по УЗИ) либо документированного холедохолитиаза/холангита. Больные разделены на основную и сравнительную группы. В основную группу вошли 36 пациентов с острым холециститом, осложнённым поражением внепечёночных желчных протоков (холедохолитиаз, холангит, билиарный панкреатит). Сравнительная группа включала 66 пациентов аналогичного возраста с острым калькулёзным холециститом без признаков поражения желчных протоков.

Группы не различались существенно по демографическим показателям и тяжести сопутствующих заболеваний: в обеих преобладали женщины (около 70%), средний возраст не имел статистически

значимых различий ($p > 0,05$). Все пациенты получали стандартную предоперационную терапию (инфузионная дезинтоксикация, спазмолитики, антибиотики широкого спектра). Тактика хирургического лечения выбиралась индивидуально в зависимости от тяжести острого холецистита и наличия поражения желчных путей. При поступлении оценивалась степень тяжести состояния по шкале APACHE II, а тяжесть холецистита – согласно классификации Токуо Guidelines 2018 (TG18). Больным основной группы при подтвержденном холедохолитиазе и механической желтухе планировалось этапное лечение: первым этапом – эндоскопическая санация билиарного дерева, вторым этапом – холецистэктомия. Если эндоскопическое вмешательство было невозможно или неэффективно (например, при выраженном воспалительном инфильтрате), либо при распространенном перитоните, выполнялась экстренная операция одним этапом. При крайне высоком операционном риске и тяжелом деструктивном холецистите применялись малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем с целью временной декомпрессии желчного пузыря.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов – выполнена 20 пациентам (55,6%) на первом этапе при наличии холедохолитиаза и отсутствии распространенного перитонита. Эндоскопическое устранение обструкции позволяло ликвидировать механическую желтуху и улучшить состояние перед последующей холецистэктомией.

Чрескожная чреспечёночная холецистостомия – применена у 10 больных (27,8%) с целью декомпрессии гнойно-воспаленного желчного пузыря при тяжёлых деструктивных формах ОХ (флегмонозный или гангренозный холецистит) и/или выраженной интоксикации. Дренирование желчного пузыря позволило стабилизировать гемодинамику и отложить окончательное вмешательство до улучшения состояния.

Неотложная холецистэктомия – выполнена у 16 пациентов (44%) основной группы на том или ином этапе лечения. В 8 наблюдениях (22,2%) удалось провести раннюю лапароскопическую холецистэктомию после предварительной эндоскопической санации желчных протоков. Ещё у 8 больных (в т.ч. при гангренозном холецистите, эмпиеме желчного пузыря, местном желчном перитоните) потребовалось одномоментное открытое вмешательство: мини-лапаротомная холецистэктомия с интраоперационной холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха Т-образным дренажем. Открытая операция выполнялась по витальным показаниям, когда малоинвазивные методы были невозможны или неэффективны.

В сравнительной группе тактика была менее сложной. Практически всем пациентам без холедохолитиаза выполнялась ранняя холецистэктомия – преимущественно лапароскопическая (у 60 из 66 больных, 90,9%). В 6 случаях (9,1%) потребовался переход на открытое вмешательство из-за технических трудностей (плотный воспалительный инфильтрат, спайки) или развития интраоперационных осложнений. У 5 пациентов (7,6%) сравнительной группы с крайне высоким риском ($APACHE II > 18$, тяжёлые сопутствующие заболевания) ограничились только чрескожной холецистостомией и консервативной терапией без последующей холецистэктомии. Таким образом, в сравнительной группе ни одному больному не потребовалась эндоскопическая санация общего желчного протока; объём операции ограничивался удалением воспалённого желчного пузыря тем или иным способом.

Для оценки результатов в обеих группах проанализированы: послеоперационная летальность (в пределах 30 суток после вмешательства), частота послеоперационных осложнений, структура осложнений, средняя длительность пребывания в стационаре, а также отдалённые исходы (повторные билиарные эпизоды, необходимость повторных вмешательств). Осложнения классифицировались по Clavien–Dindo. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Исходные характеристики больных двух групп были сходными.

Средний балл APACHE II при поступлении составил $12,4 \pm 4,3$ в основной группе и $11,7 \pm 3,9$ – в сравнительной ($p > 0,05$). Тяжёлые деструктивные формы холецистита (флегмонозный, гангренозный) несколько чаще встречались у пациентов с поражением желчных протоков (примерно у $2/3$ больных основной группы против $\sim 1/2$ – в группе сравнения), однако разница статистически недостоверна. В основной группе у 18 больных (50%) диагностирован острый холангит, у 5 (14%) – билиарный панкреатит; в сравнительной группе подобных осложнений не наблюдалось. Таким образом, наличие холедохолитиаза сопровождалось более высокой частотой системных воспалительных осложнений.

Лапароскопическая холецистэктомия как окончательный метод лечения была существенно реже выполнена у больных основной группы по сравнению со сравнительной (соответственно 22% vs 91%, $p < 0,001$), что отражает необходимость дополнительных вмешательств (ЭРХПГ, дренирование) и конверсий в открытый доступ при осложнённом течении. Эндоскопическая санация общего протока оказалась эффективной: из 20 пациентов, перенёсших ЭРХПГ, у 18 (90%) удалось полностью удалить конкременты; 2 больным потребовалась открытая ревизия холедоха из-за неудачи эндоскопии. Во всех случаях чрескожная холецистостомия позволила добиться регресса острого воспаления; последующая плановая холецистэктомия этим пациентам была выполнена через 7–10 дней без интра- и послеоперационных осложнений. В группе сравнения течение болезни и лечение были более прямолинейными: ранняя лапароскопическая холецистэктомия привела к выздоровлению большинства пациентов без необходимости дополнительных вмешательств.

По состоянию на 30-е сутки после операции, в основной группе умерли 3 пациента (8,3%), тогда как в группе сравнения – 1 пациент (1,5%) (разница статистически не достигла уровня значимости, $p = 0,12$). Все летальные исходы произошли у больных основной группы с явлениями тяжёлого сепсиса на фоне холангита при поступлении. Общая частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 25% (9 пациентов) и была выше, чем в группе сравнения – 9% (6 пациентов). Среди осложнений в основной группе отмечены: нагноение послеоперационной раны (3 случая), пневмония (2), абсцесс брюшной полости (1), острая сердечная недостаточность (2), острый панкреатит после ЭРХПГ (1). В сравнительной группе преобладали более лёгкие осложнения I–II степени (серома или инфильтрат в области раны, транзиторная дисфункция ЖКТ), тогда как в основной группе 5 пациентов перенесли тяжёлые осложнения (III–IV степени по Clavien–Dindo), потребовавшие повторных вмешательств или пролонгированной интенсивной терапии. Необходимо отметить, что 14 больных основной группы (39%) нуждались в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, тогда как в группе сравнения – 10 пациентов (15%, $p = 0,002$), что отражает различие в тяжести состояния и наличии септических осложнений.

Средняя длительность пребывания в стационаре оказалась достоверно больше у пациентов с осложнённым холециститом – $12,1 \pm 4,5$ койко-дней против $8,3 \pm 2,7$ дней в группе без поражения протоков ($p < 0,01$). Удлинение периода лечения связано с необходимостью выполнения этапных вмешательств и терапии осложнений, тогда как при неосложнённом холецистите после ранней малоинвазивной операции восстановление происходило быстрее.

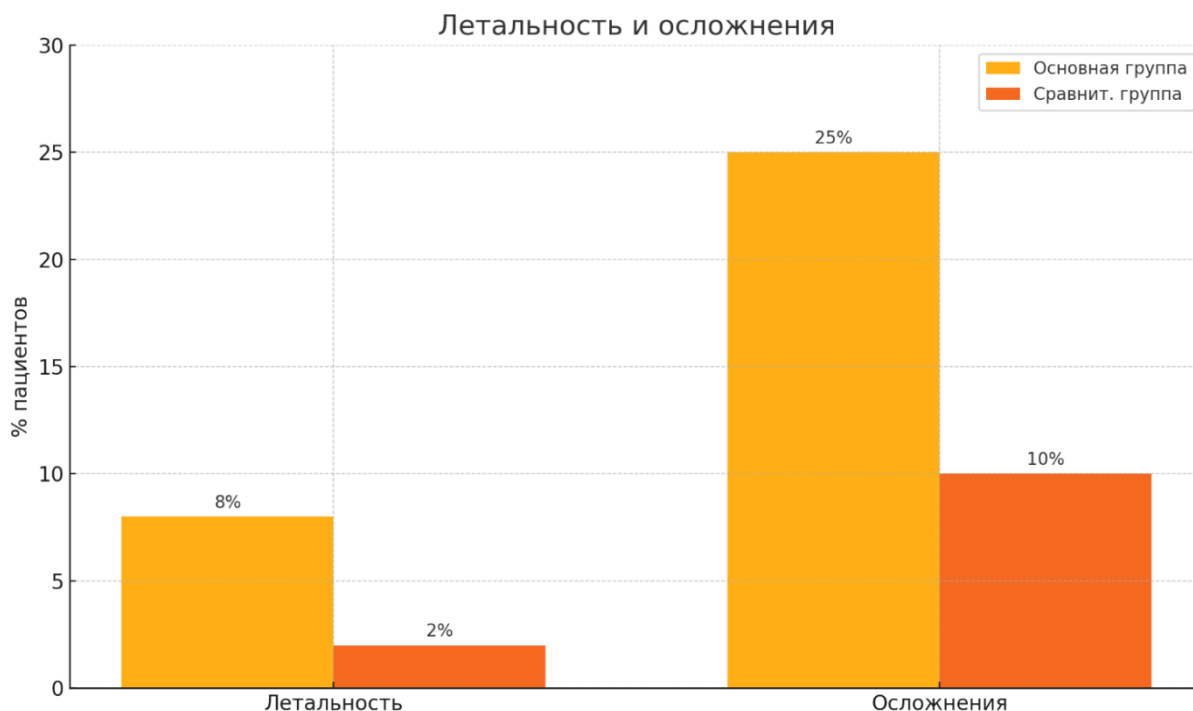


Рис. 1. Сравнительные показатели послеоперационной летальности и частоты осложнений в основной и сравнительной группах.

Видно, что летальность в группе с поражением желчных протоков выше (8% против 2%), аналогично общая частота осложнений (25% против 10%). Эта разница обусловлена более тяжёлым состоянием больных основной группы и наличием у них таких отягчающих факторов, как холангит и сепсис. Хотя различия в летальности статистически не достигли значимости при данном объёме выборки, прослеживается отчётливая тенденция к повышенному риску осложнений у пациентов с поражением желчных путей.

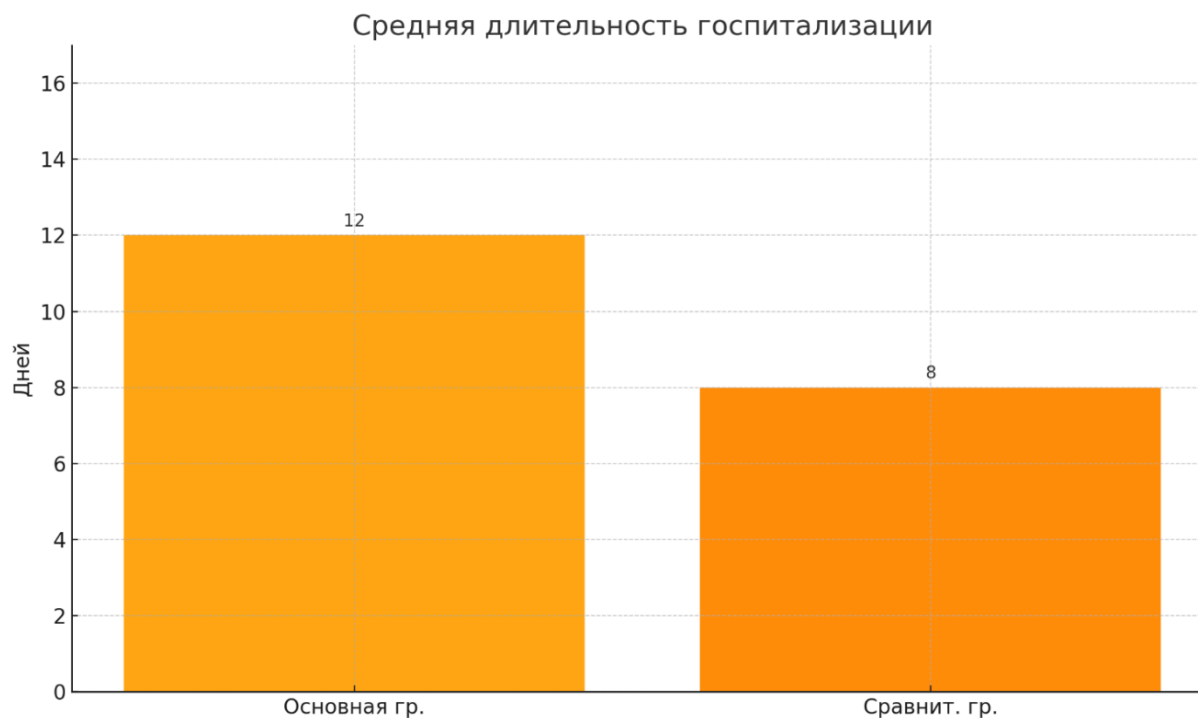


Рис. 2. Средняя длительность госпитализации пациентов обеих групп

Больные с осложнённым острым холециститом находились в стационаре дольше (в среднем ~12 дней) по сравнению с больными без холедохолитиаза (~8 дней). Удлинение периода лечения связано с необходимостью этапной терапии (эндоскопической и/или чрескожной) и лечения инфекционных осложнений. Напротив, при неосложнённом холецистите после ранней операции (чаще лапароскопической) выздоровление наступало быстрее. Разница длительности госпитализации между группами статистически значима ($p < 0,01$).

Полученные результаты подтверждают обоснованность дифференцированной тактики, рекомендуемой современными клиническими руководствами. Согласно отечественным рекомендациям, при остром холецистите, осложнённом механической желтухой без признаков перитонита, показано выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов из холедоха, после чего проводится холецистэктомия – одномоментно либо в течение ближайших дней. Если же у пациента доминируют признаки острого деструктивного холецистита либо эндоскопическое восстановление оттока жёлчи невозможно/неэффективно, рекомендуется одномоментная операция: холецистэктомия (лапароскопическая, мини-лапаротомная или открытая) с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха. В нашей основной группе такая тактика реализована: у 55% больных проведена этапная эндоскопическая декомпрессия с последующей отсроченной холецистэктомией, а в 22% случаев сразу выполнена открытая холецистэктомия с ревизией протока по жизненным показаниям. Таким образом, алгоритм лечения соответствовал тяжести состояния пациентов и анатомо-физиологическим особенностям осложнения.

Анализ летальных исходов показал, что они произошли у пациентов, поступивших с тяжёлым гнойным холангитом и сепсисом, несмотря на комплекс интенсивных лечебных мероприятий. Это согласуется с данными литературы, указывающими, что решающим фактором прогноза является наличие острого гнойного холангита, тогда как выбор метода санации желчных путей (эндоскопического или хирургического) менее значим. Следовательно, своевременная коррекция холангита и борьба с инфекцией имеют первостепенное значение для снижения летальности.

Применение чрескожной холецистостомии у наиболее тяжёлых больных оказалось оправданным. В нашем исследовании ни один из пациентов, получивших только чрескожную декомпрессию с отсроченной операцией, не погиб; летальные случаи были зафиксированы именно среди больных, перенёсших экстренные операции в состоянии септического шока. По данным других авторов, у пожилых пациентов малоинвазивная декомпрессия существенно снижает раннюю летальность по сравнению с прямой экстренной операцией (~2% против 18%). Наш опыт согласуется с этими выводами: щадящая тактика позволила избежать необоснованного оперативного риска у ряда больных с крайне высоким показателем тяжести (APACHE II ≥ 18), при превышении которого целесообразно воздержаться от экстренной операции при отсутствии перитонита. Перевод таких пациентов на этапное лечение (первичная декомпрессия, санация инфекции и последующая плановая операция) значительно улучшил результаты.

Отдельно следует отметить возможности одномоментного малоинвазивного лечения. При наличии технических условий возможно выполнение единого комбинированного вмешательства – лапароскопической холецистэктомии в сочетании с интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией (методика «рандву») либо лапароскопической холедохолитотомией. Согласно данным литературы, показатели летальности при лапароскопической санации холедоха сопоставимы с таковыми при двухэтапном лечении (ЭРХПГ + операция). В нашем учреждении подобные методы также применяются, однако у рассматриваемой когорты пациентов (старческий возраст, тяжёлое состояние, холангит) приоритет отдавался двухэтапному подходу. Такой алгоритм позволил минимизировать операционную травму и добиваться относительно низкой летальности даже у пациентов группы высокого риска.

Таким образом, дифференцированная тактика, включающая малоинвазивные этапы

(эндоскопические и чрескожные) с последующим выполнением радикальной операции, позволила улучшить результаты лечения острого холецистита у пожилых пациентов, осложнённого поражением желчных протоков. Полученные показатели летальности и частоты осложнений свидетельствуют о целесообразности широкого внедрения подобных подходов в практику неотложной хирургии.

Выводы

1. Острый холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста, осложнённый поражением желчных протоков, характеризуется более тяжёлым течением и высоким риском неблагоприятных исходов по сравнению с неосложнённым холециститом у лиц того же возраста.
2. Наличие холедохолитиаза и холангита диктует необходимость дифференцированной хирургической тактики. Оптимальным подходом является этапное лечение: на первом этапе – устранение обструкции желчных путей (ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и экстракцией конкрементов либо чрескожная декомпрессия жёлчного пузыря), на втором этапе – выполнение холецистэктомии после стабилизации состояния.
3. Применение малоинвазивных вмешательств (эндоскопических и чрескожных) у больных высокого операционного риска позволило снизить послеоперационную летальность. В основной группе летальность составила 8,3%, что значительно ниже исторических показателей при экстренной открытой хирургии у подобных пациентов (до 40% и более).
4. По сравнению с больными без поражения желчных протоков, пациенты с осложнённым острым холециститом имели большую частоту послеоперационных осложнений (25% vs 9%) и более длительный стационар (12 vs 8 дней). Это связано с тяжестью их состояния и необходимостью многоэтапного лечения. Тем не менее, применение оптимальной тактики позволило минимизировать риск летальных исходов и добиться приемлемых результатов у большинства больных основной группы.

Литература

1. Yacoub W. N., Petrosyan M., Sehgal I., et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of outcomes in elderly patients // *American Journal of Surgery*. – 2021. – Vol. 222, No. 5. – P. 908–915.
2. Pisano M., Ceresoli M., Cimbanassi S., et al. 2020 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis: surgery in elderly and frail patients // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2020. – Vol. 15, Article 23. – P. 1–14.
3. Ambe P. C., Weber S. A., Christ H., Wassenberg D. holecystectomy in high-risk patients with acute cholecystitis: is percutaneous cholecystostomy a valid alternative? // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2018. – Vol. 13, Article 19. – P. 1–7.
4. Okamoto K., Suzuki K., Takada T., et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. – 2018. – Vol. 25, No. 1. – P. 55–72.
5. Riall T. S., Zhang D., Townsend C. M., et al. Failure to perform cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis is associated with increased morbidity and mortality // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2019. – Vol. 229, No. 3. – P. 310–319.