

Автор, ответственный за переписку:

**Хамдамов Хабибулло Х.**

[habibullo\\_hamdammov@mail.ru](mailto:habibullo_hamdammov@mail.ru)

**Хамдамов Хабибулло Хамдамович**

к.м.н., Доцент, Андижанский Государственный Медицинский Институт  
Андижан, Узбекистан

**Бакиров Гияс Зайнобиддинович**

Андижанский Филиал Республиканского Научного Центра  
Экстренной Медицинской Помощи, Андижан, Узбекистан

УДК: 616.366-089.87; 616.367-089.85

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**АННОТАЦИЯ:** В статье проанализированы результаты операций, выполненных 1594 пациентам пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, за 2017-2024 годы на базе кафедры общей хирургии АндГосМИ, Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. По результатам лечения стало ясно, что лечение больных желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста целесообразно в специализированных центрах, а при данном виде патологии необходимо использовать малоинвазивные, малотравматичные вмешательства. При строгом соблюдении правильной хирургической техники применение эндоскопических методов позволяет предотвратить возможные осложнения операций на желчевыводящих путях.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

**ANNOTATSIIYA:** Ushbu maqolada Andijon davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasi, Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali negizida 2017-2024 yillar davomida xoledoxolitiaz bilan asoratlangan o't tosh kasalligi bilan og'riqan 1594 nafar keksa va qari bemorlarda o'tkazilgan operatsiyalar natijalari tahlil qilingan. Davolash natijalaridan shu ma'lum bo'ldiki, xolelitioz bilan og'riqan keksa va qari yoshli bemorlarni ixtisoslashtirilgan markazlarda davolash maqsadga muvofiq bo'lib, ushbu turdagi patologiyada imkon qadar minimal invaziv, kam travmatik aralashuvlardan foydalanish kerak. To'g'ri jarrohlik texnikasiga qat'iy rioya qilgan holda, endoskopik usullardan foydalanish o't yo'llari jarrohligining mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish mumkin.

**Kalit so'zlar:** O't-tosh kasalligi, xoledoxolitiaz, endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya

**ABSTRACT:** The article analyzes the results of operations performed on 1594 elderly patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis in 2017-2024 at the Department of General Surgery of the Andijan State Medical Institute, Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. Based on the results of treatment, it became clear that treatment of elderly and senile patients with cholelithiasis is advisable in specialized centers, and for this type of pathology it is necessary to use minimally invasive, low-traumatic interventions. With strict adherence to the correct surgical technique, the use of endoscopic methods can prevent possible complications of operations on the biliary tract.

**Key words:** cholelithiasis, choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении желчнокаменная болезнь \ЖКБ\ с каждым годом приобретает все большее значение [1,2, 4,9,14,17,26,32]. Тенденция к повсеместному росту заболеваемости, неудовлетворительные результаты лечения особенно при

его осложненных формах обуславливают особую социальную значимость этой проблемы [10,11,16,27,33,35]. Не менее актуальной является проблема диагностики и лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений у больных пожилого и старческого возраста.

За последние десятилетия, наряду с широкой распространенностью желчнокаменной болезни, отмечается увеличение частоты ее осложненных форм, в том числе -холедохолитиаз [12,16,22,29,31]. Холедохолитиаз часто сопровождается стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи, гнойного холангита, острого панкреатита. Механическая желтуха в анамнезе или при поступлении как проявление холедохолитиаза определяется у 80-85% больных, а у 40% сохраняется к моменту операции, у 20% имеет место холангит, у 25% панкреатит [3,5,6,19,21,26,36]. Среди страдающих холедохолитиазом основной удельный вес составляют люди пожилого и старческого возраста, что чаще всего обусловлено большой длительностью анамнеза заболевания [1,10,20,26,30,35]. Отличительной особенностью течения холедохолитиаза у больных данных возрастных групп является то, что он часто сочетается с первично-деструктивными формами воспаления желчного пузыря. Холецистэктомия в сочетании с вмешательством на внепеченочных желчных протоках приводит к отрицательным результатам, ибо даже вскрытие просвета гепатикохоледоха у пожилых приводит к росту летальности в 3-4 раза [25,29,30]. Основным фактором, обуславливающим высокий операционно-анестезиологический риск у пожилых больных, является наличие тяжелой сопутствующей патологии [7,18,19,25,28]. В связи с этим послеоперационная летальность среди пациентов старших возрастных групп при остром калькулезном холецистите составляет в среднем 4-6%а при осложненной форме достигает до 15-63% [10,15,23,28,31].

**Цель исследования:** Улучшение результатов диагностики и лечение больных пожилого и старческого возраста, страдающих желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, за счет применения рациональных методов обследования, современные способов и техники оперативных вмешательств.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

За период с 2017 - 2024 гг в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по поводу желчнокаменной болезнью и ее осложнений находились 6378 больных. У 1594 \25%\ больных при поступлении в стационар имелось подозрение на патологию внепеченочных желчных протоков. Больные были в возрасте от 24 до 86 лет. Мужчины 598 \ 37,6% \ женщины 996 \ 62,4% \. Основной контингент больных (1018-63,8% ) составляет люди пожилого и старческого возраста. Обращает на себя внимание, что больных преклонного возраста поступают в клинику более поздние сроки от начало заболевания; так в течение 1-х суток госпитализируют в среднем 38,1% пациентов, а позднее 3 суток- 61,9%. При сборе анамнеза уточнена что это связано с возрастным характером течение заболевания.

Всем больным пожилого и старческого возраста при поступлении выполнялись общеклинические, биохимические анализы крови и мочи, коагулограмма, электрокардиография, рентгенологические исследования легких фиброгастродуоденоскопия \ФГДС\, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография \ЭРПХГ\, эндоскопическая папиллосфинктеротомия \ЭПСТ\, при необходимости интраоперационная холангиография \ИОХГ\, эхокардиография \ЭхоКГ\ и компьютерная томография \КТ\.

По данным биохимического исследования у 526 \51,6%\ больных отмечалось повышение цифр билирубина в крови от 26,7 до 368,4мкмоль\л, и в среднем составила + 3,6 мкмоль\л.

Для диагностики патологии внепеченочных желчных путей большое значение имеет УЗИ печени, желчного пузыря и желчных протоков. Камни общего желчного протока при УЗИ выявлены у 42% больных, у 58% больн ых обнаружены увеличение диаметра холедоха до 8 и выше мм и другие косвенные признаки обструкции желчных путей- утолщение, неровность

контура стенок холедоха, неоднородные гиперэхогенные включения. Эзофагогастродуоденоскопия дает возможность ревизии органов верхнего этажа желудочно-кишечного тракта а также оценить состояние большого дуоденального сосочка \БДС\.

При проведении ФГДС у 12\1,1%\ больных обнаружены язва желудка, у 21\2,0%\больных язва двенадцатиперстной кишки как сопутствующие заболевание и у 109\10,9%\пациентов были обнаружены дивертикулы папиллярной области.

Значительный прогресс в решении проблемы диагностики холедохолитиаза связан с внедрением эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии \ЭРПХГ\ . В настоящее время ЭРПХГ вошла в повседневную хирургическую практику и стала ведущим методом диагностики холедохолитиаза.

Показанием к ЭРПХГ явились механическая желтуха при поступлении или в анамнезе, расширение общего желчного протока более 8мм в диаметре по данным УЗИ, клиника острого билиарного панкреатита.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия \ЭПСТ\и экстракция конкрементов являются операцией выбора у пациентов любого возраста с холедохолитиазом. Нередко, являясь эффективным методом предоперационной подготовки, эта операция служит альтернативой брюшнополостному хирургическому вмешательству и дает возможность получить оптимальные результаты у больных такой тяжелой группы, как пациенты преклонного возраста.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 1018 больных пожилого и старческого возраста у 906 пациентов проведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография \ЭРПХГ\ . У 112\10,0%\ больных не удалось ЭРПХГ из за невозможности катетеризация большого дуоденального сосочка перипапиллярные дивертикулы , рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка , аллергия на рентгеноконтрастные препараты и неадекватного поведения.

При ЭРПХГ холедохолитиаз обнаружен у 768\84,7%\ больных, стеноз терминального отдела холедоха у 41\4,5%\,сочетание холедохолитиаз со стенозом терминального отдела холедоха у 97\10,7 %\больных. У 76,9% больных ЭРПХГ проведена однократно, у 33,9% пациентам двукратно. ЭПСТ выполнена у всех больных с холедохолитиазом. ЭПСТ неконюляционная произведена у 12 болных,от устья БДС у 7больных,супрапапиллярная холедохотомия у 2 больных.У больных у которых\32,7%\конкременты более 1,5см в диаметре удаление их из холедоха после ЭПСТ всегда создает значительные трудности. После внедрения в клинику метода механической литотрипсии процент эндоскопической литоэкстркции у больных с крупными камнями холедоха увеличился в два раза. ЭПСТ у этой категории больных производилась в 1 этапе 55\61%\,у 35\39%\пациентов-в 2 этапа. Средняя длина разреза при ЭПСТ составляла 15,5  $\pm$  1,3мм.

При сравнительном анализе отметили что вероятность наличия конкрементов в желчных протоках достоверно увеличивается с возрастом больных. Так из 1594 больных с осложненными формами желчнокаменной болезни у пациентов \576\ в возрасте до 60 лет холедохолитиаз отмечали у 70 больных\4,2%\, то у больных старше 60 лет 830\52,2%\ . Существует прямая зависимость между величиной конкрементов и возрастом больных. Так, конкременты размерами более 1,5см старше 60 лет определили у 285 больных\17,8%\, а у больных до 60 лет у 17 больных\1,1%\ . Аналогично отмечается увеличение частоты развития механической желтухи с увеличением возраста больных; у больных до 60 лет- в 45,6%, старше 60 лет в 72,1% случаев. У больных пожилого и старческого возраста с наличием больших размеров конкрементов в желчевыводящих путей и значительной части случаев тяжелыми сопутствующими заболеваниями, применение ЭПСТ с механической литоэкстракцией требует использовать менее травматичные варианты ЭПСТ.

У 93 больных\10,5%\ с холедохолитиазом определили эндоскопические признаки гнойного холангита. У этих больных ЭРПХГ завершилась проведением ЭПСТ с

литоэкстракцией и назобиллярным дренированием на 5-6 дней для декомпрессии и санации желчных протоках.

По нашим наблюдением конкременты большого диаметра встретилась в 285 случаев из 1018 больных пожилого и старческого возраста. У больных с механической желтухой и гнойным холангитом всегда сочетались крупные и множественные камни в гепатикохоledoха.

У 98 больных у которых не удалось удалить конкременты большого диаметра из choledoха после ЭПСТ произведена конверсия-холецистэктомия-choledoхолитотомия с наружным дренированием choledoха. Летальность неотмечена.

Во время выполнения ЭПСТ у больных с choledoхолитиазом пожилого и старческого возраста кровотечения из папиллотомной раны отмечались в 109\12,6%\случаях из 865 больных. У 36 \4,2%\больных остановки кровотечения осуществлялась эндоскопическим путем, у 73\8,4 %\больных кровотечения остановилась самостоятельно, у 2 больных с тяжелыми кровотечениями в связи с неэффективности эндоскопического гемостаза остановки кровотечения добились с конверсией-ушиванием кровоточащих сосудов. Летальность у 1 больного с рецидивом кровотечения.

При выполнении ЭПСТ наибольшие трудности наблюдались у больных с точечной формой сосочка, со стриктурой и деформацией БДС, с парапапиллярным и особенно интрадивертикулярным расположением БДС. У 2 больных с интрадивертикулярным расположением БДС при выполнении папиллотомии отмечалась повреждение стенки choledoха\1\ и ретроперитонеальная перфорация 12 перстной кишки. Произведена лапаротомия ушивание стенки снаружи дренированием choledoха по Кэру и ушивание ретроперитонеальная перфорация стенки 12 перстной кишки. Летальность у 1 больной с несостоятельности швы 12 перстной кишки, перитонит, полиорганная недостаточность

#### **Выводы**

1. Больных пожилого и старческого возраста с желчекаменной болезнью осложненной choledoхолитиазом должны госпитализировать в специализированных центрах для полноценного исследования и оперативного лечения.
2. У этой категории больных, особенно с наличием большого диаметра конкрементов в гепатикохоledoха и, в значительной части случаев, отягощенной тяжелыми сопутствующими заболеваниями, использование ЭПСТ с механической литоэкстракцией для санации choledoха позволяет применять менее травматичные варианты ЭПСТ за один этап.
3. При choledoхолитиазе пожилого и старческого возраста требует по возможности использовать малоинвазивных малотравматичных вмешательств
4. Возможных осложнений эндоскопической хирургии желчных путей можно предупредить при четком соблюдении правильной методики проведения оперативного вмешательства особенно у больных пожилого и старческого возраста

#### **Литература:**

1. Алтыев Б.К. Бойназаров И.Х. Атаджанов Ш.К. Хошимов М.А. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного choledoхолитиаза. Проблемы клинической медицины. 2007. №1(9). с -74-77.
2. Арипов У.А. Желчнокаменная болезнь и ее осложнения. Клинические лекции. Ташкент 1997;32.
3. Арипов У.А. Осложнения желчнокаменной болезни: Классификация и выбор хирургической тактики. Мед. журнал Узбекистана 1987 №10, стр 55-58
4. Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф., Ульянова Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов с высокой степенью операционного риска. Анналы хир гепатол 2002;7,(1):85
5. Брисин Б.С., Иванов А.Э. и др. Хоledoхолитиаз проблемы и перспективы. Анналы хир гепатол 1998;3(2):71-78

6. Вахидов А.В., Шомирзаев Б.Н. Эндоскопическая хирургия в лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Материалы XI съезда хирургов Белоруссии 1995.с-162-163.
7. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Шпаченко Ф.А. и др. Холецистэктомия из минидоступа в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Эндоскоп хир 2000;2:17.
8. Гальперин Э.И., Громова И.В., Зубарева Л.А. и др. Холедохолитиаз- эндоскопические возможности его разрешения. Анналы хир гепатол 1998;3(3):46-47.
9. Голубев А.Г., Вилков А.В., Давыдкин В.И. Пункционная декомпрессия желчного пузыря при остром обтурационном холецистите. Анналы хир гепатол 2003;2:281-282
10. Дасаев А.Н., Гебель Т.Я., Петухов Н.Д. и др. Новые технологии и старые проблемы в хирургии желчнокаменной болезни. Анналы хир гепатол 2002;7(1):104.
11. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных с высоким операционным риском. Анналы хир гепатол 2002;7(1):108.
12. Каримов Ш.И. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза. Анналы хир гепатол 2000;5(2):32-35
13. Кармазановский Г.Г., Федоров В.Д. КТ поджелудочной железы и органов забрюшинного пространства. М Паганель 2000;311.
14. Касумян С.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В. и др. Варианты алгоритма диагностических и лечебных мероприятий при остром холецистите у больных с высоким операционным риском. Анналы хир гепатол 2002;7(1):115.
15. Козлов А.Н., Хореев А.А., Чумаков А.А. и др. Малоинвазивное лечение острого холецистита у больных с высокой степенью операционного риска. Анналы хир гепатол 2002;7(1):115.
16. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. М Медицина 2000;230.
17. Кузнецов Н.А., Семенова Т.В., Харитонов С.В. Роль ультразвуковой доплерографии в диагностике калькулезного холецистита. Современные проблемы практической хирургии 2000; 101-109.
18. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Эндоскопическая хирургия: истоки и настоящее. Хирургия им Пирогова 1996;1:39-41.
19. Малярчук В.И., Русанов В.П., Долгов Д.Л. и др. Снижение риска осложнений при лапароскопической холецистэктомии со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных пожилого и старческого возраста. Эндоскоп хир 2000;2:42.
20. Назаренко Н.А. Клинико-функциональная оценка папиллосфинктеротомии. Автореф. Дис.. канд. мед. наук. М., 1981-26с.
21. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. Журн. им Н.И. Пирогова 2006;4:46-48.
22. Нечай А.И., Стукалов В.В., Нечай И.А. Распознавание камней в нерасширенных желчных протоках. Хирургия 1997;6: 33-36.
23. Нишанов Х.Т., Ким В.Л., Назаров Б.Т., Эркабоев З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных с повышенным операционным риском. Анналы хир гепатол 2002;7(1):136.
24. Пиковский Д.Я., Кер Г., Федоров С.П. Хирургия желчных путей: прошлое и настоящее. Анналы хирургической гепатологии. 1996. т.1. с 136-143.
25. Саакян Н.Е., Багдасаров Г.А., Зинякова М.В. Роль рациональной хирургической тактики в улучшении результатов лечения больных с острым холециститом. Анализ летальности при остром холецистите по материалам стационаров г. Москвы. 1999;20-24.
26. Хожибоев А.М., Атаджанов Ш.К., Хашимов М.А. Эндовизуальные вмешательства при осложненных формах желчнокаменной болезни. Вестник экстренной медицины 2008. №2. с19-23.

27. Хожибоев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Вестник экстренной медицины, 2010, №4, с 94-98.
28. Хожибоев А.М., Алиджанов Ф.Б., Вахидов А.Б. и др. Новые технологии в лечении деструктивных холециститов. Анналы хир гепатол 2003;2:362-363.
29. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., Тимошин А.Д. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. Хирургия 1999;2:29.
30. Adamek H.E., Maier M., Jacobs R. et al. Management of retained bile duct stones; a prospective open trial comparing extracorporeal and intracorporeal lithotripsy// Gastrointest. Endoscopy-1996.-Vol. 44, 1-P. 40-47.
31. Becer C.D., Grosshols M., Becker M. Et al. Choledocholithiasis and bile duct stenosis; diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography. Radiology 1997;205[2];52
32. Daou R. Cholecystectomy par mini-laparotomie. Ann Chir 1998;52 [7]; 625-628
33. Gaetini A., Camandona M., De Simone M., Giaccone M. Minilaparotomie per colecistectomia. Minerva Chir 1999; 52 [1-2] 13-16.
34. Grau-Talens E.J., Garcia-Olives F., Ruperez-Arribas M.P. Transcylindrical cholecystectomy; new technique for minimally invasive cholecystectomy. World J Surg 1998; 22 [5]; 453-458.
35. Lauj.V.W., Leow C.K., Fung T.M. et al. Cholecystectomy or Gallbladder in Situ After Endoscopic Sphincterotomy and Bile Duct Stone Removal in Chinese Patients. Gastroenterology, January 2006; 130; 96-103.
36. Lippert H. Antimicrobial prophylaxis in laparoscopic and conventional cholecystectomy. Conclusions of a large prospective multicenter quality assurance study in Germany. Chemotherapy 1998; 44;355-363.
37. Chopra K. B., Peters R. A., O'Toole P. A. et al. Randomised study of endoscopic biliary endoprosthesis versus duct clearance for bile duct stones in high-risk patients// Lancet.-1996-Vol 348 9030.-P. 791-793.
38. Shimizu S., Tada M., Kawai K. Diagnostic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Endoscopy 1996; 28; 107-112.