

- An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012; 73: 362-369.
10. Kozlova YuA, Mumladze RB, Olimpiev MYu. Rol' rentgenovskoy komp'yuternoy tomografii v diagnostike kishhechnoy neprokhodimosti [The role of X-ray computed tomography in the diagnosis of intestinal obstruction]. *Annaly khirurgii* [Annals of surgery]. 2013; 4: 5-11.
 11. Malkov IS. Izbrannye razdely neotlozhnoy abdominal'noy khirurgii: Monografiya [Selected sections of emergency abdominal surgery: Monograph]. Kazan': izdatel'stvo Kazanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta [Kazan: Kazan State Technical University Press]. 2013; 408 p.
 12. Burch J, Moore E, Moore F, Franciose R. The abdominal compartment syndrome. *Surgery clinic of North Am.* 1992; 76: 833-842.
 13. Blinnikov OI, Dronov AF, Smirnov AN. Laparoskopicheskie operatsii pri ostroy spaechnoy kishhechnoy neprokhodimosti u detey [Laparoscopic surgery for acute adhesive intestinal obstruction in children]. Moskva: Materialy mezhdunarodnogo kongressa [Moscow: Materials of the international Congress]. 1993; 82-88.

© И.С. Малков, М.Н. Насруллаев, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин, 2018

УДК 616.36-008.5-08

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).58-62

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

МАЛКОВ ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ, докт. мед. наук, зав. кафедрой хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, e-mail: ismalkov@yahoo.com

НАСРУЛЛАЕВ МАГОМЕД НУХКАДИЕВИЧ, докт. мед. наук, профессор кафедры хирургии КГМА – филиала ФГБОУ

ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36, e-mail: msh.avia@yandex.ru

ЗАКИРОВА ГУЗЕЛИЯ РАВИСЕВНА, канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36

ХАМЗИН ИЛЬДАР ИЛДУСОВИЧ, зав. эндоскопическим отделением ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путем сочетания эндоскопических и консервативных методов лечения. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 928 больных с механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза. **Результаты и их обсуждение.** Выявлено, что применение эндоскопических методов с целью декомпрессии билиарной системы позволяет улучшить результаты лечения. Наши наблюдения пациентов с механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза с различной степенью печеночной недостаточности позволяют отметить, что приоритетным и важнейшим звеном комплексного лечения этой группы является максимально ранняя декомпрессия желчных путей – один из малоинвазивных методов декомпрессии, включая эндоскопическую папиллотомию и стентирование желчных путей. Степень печеночной недостаточности – важный критерий, определяющий тактику и подход в ведении пациентов с механической желтухой. Основой лечения эндотоксикоза и печеночной недостаточности при механической желтухе являются медикаментозная коррекция и адекватная по составу и объему инфузионная терапия, проводимая на фоне одного из видов декомпрессии желчных путей, что соответствует современным взглядам на проблемы лечения механической желтухи. **Выводы.** При острой рецидивирующей и хронической непроходимости большого дуоденального соска, проявляющейся клинической симптоматикой гипертензии протоков органов гепатопанкреатобилиарной зоны, показаны эндоскопические вмешательства. Декомпрессия билиарной системы путем применения транспапиллярного протезирования является эффективным малоинвазивным оперативным вмешательством, которое применяется как временное – при доброкачественном и злокачественном поражении органов гепатопанкреатобилиарной зоны, либо как постоянное – при неоперабельных опухолях органов гепатопанкреатобилиарной зоны, для восстановления оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Для нормализации показателей гомеостаза у больных с механической желтухой и предупреждения печеночной недостаточности необходимо проведение адекватной инфузионной терапии, включающей в себя препараты антигипоксантного и гепатопротекторного действия.

Ключевые слова: механическая желтуха, эндоскопические вмешательства, инфузионная и трансфузионная терапия.

Для ссылки: Комплексное лечение больных с механической желтухой при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / И.С. Малков, М.Н. Насруллаев, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.58–62. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).58-62.

COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN DISEASES OF HEPATIC, PANCREATIC AND DUODENAL ZONE

MALKOV IGOR S., D. Med. Sci., Head of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, tel. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

NASRULLAEV MAGOMED N., D. Med. Sci., professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36, e-mail: msh.avia@yandex.ru

ZAKIROVA GUZELIA R., C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of surgery of Kazan State Medical Academy – the branch of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 36

KHAMZIN ILDAR I., Head of the Department of endoscopy of City Clinical Hospital № 7, Russia, 420103, Kazan, Chuikov str., 54

Abstract. Aim. The aim of the study is to improve the results of treatment in patients with obstructive jaundice through a combination of endoscopic and conservative treatment methods. **Material and methods.** A retrospective analysis of the results of treatment of 928 patients with obstructive jaundice of tumor and non-tumor genesis was performed. **Results and discussion.** It has been revealed that the application of endoscopic methods for biliary system decompression allows improving the results of treatment. Our observations of patients with mechanical jaundice of tumor and non-tumor origin with varying degrees of liver failure suggest that the earliest and the most important component of complex treatment for this group is the earliest decompression of the biliary tract by one of the minimally invasive decompression methods, including endoscopic papillotomy and

biliary stenting. The degree of liver failure is an important criterion that determines the strategy and approach in management of patients with obstructive jaundice. Drug treatment and infusion therapy adequate in composition and volume, carried out against the background of one of the types of biliary tract decompression stands for the basic treatment of endotoxemia and hepatic insufficiency in obstructive jaundice, which corresponds to modern views on the problems of treatment of obstructive jaundice.

Conclusion. Endoscopic interventions are indicated in acute, recurrent and chronic obstruction of the large duodenal papilla, manifested by clinical symptoms of the hypertension in hepatic, pancreatic and biliary zone ducts. Biliary system decompression with the use of transpapillary prosthetics is an effective minimally invasive surgical intervention, which is used as temporary for benign and malignant lesions of hepatic, pancreatic and biliary zone organs. It can be permanent in inoperable tumors of hepatic, pancreatic and biliary zone organs, performed to restore the bile outflow to duodenum. It is necessary to carry out adequate infusion therapy, including solutions with antihypoxic and hepatoprotective action, to restore homeostasis in patients with obstructive jaundice and for liver failure prevention.

Key words: obstructive jaundice, endoscopic interventions, infusion and transfusion therapy.

For reference: Malkov IS, Nasrullaev MN, Zakirova GR, Khamzin II. Complete treatment of painful mechanical jellies with hepatopenetic regeneration zones. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (5): 58–62. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).58-62.

Проблема лечения пациентов с механической желтухой при патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) являлась актуальной в клинической хирургии в течение многих десятилетий и остается таковой по настоящее время [1, 2, 3, 4]. Этому способствует неуклонный рост данной патологии, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

По данным различных авторов, наиболее частой причиной механической желтухи являются желчнокаменная болезнь (15–40%) и новообразования (65–68%). Наиболее частым симптомом злокачественных опухолей данной локализации является механическая желтуха, которая обнаруживается у 86–95% пациентов и в 65–70% случаев становится первым проявлением заболевания [5, 6].

Хирургические вмешательства, выполненные при выраженных симптомах желтухи, способствуют увеличению количества больных с различными послеоперационными осложнениями, а летальность, по данным отдельных авторов, достигает 15–30% [7, 8].

В последнее десятилетие благодаря внедрению для декомпрессии билиарной системы малоинвазивных эндоскопических и малоинвазивных навигационных вмешательств достигнуты значительные успехи в лечении пациентов с различной патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненной механической желтухой [9, 10, 11, 12].

Эндоскопические методы включают ретроградную холангиопанкреатографию с эндоскопической папиллосфинктеротомией, а также транспапиллярную (стенотирование) – при стриктуре и опухолях гепатопанкреатобилиарной зоны [13, 14, 15, 16].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении пациентов с механической желтухой эндоскопическими и малоинвазивными навигационными вмешательствами, в ряде случаев они могут оказаться недостаточными для предупреждения печеночной недостаточности, по данным отдельных авторов у 54% пациентов [7, 17], и ряда других осложнений, при которых летальность достигает 27% [1, 18].

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путем сочетания эндоскопических и консервативных методов лечения.

Материал и методы. Был проведен анализ результатов эффективности эндоскопического лечения 928 больных с механической желтухой, находившихся на лечении в отделениях хирургии ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани с января 2004 г. по июнь 2018 г., из них 683 (73,6%) – женщины, 245 (26,4%) – мужчин.

Причиной механической желтухи в 77 случаях стали опухолевые заболевания ГПБЗ, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), изолированный и/или сочетанный с холедохолитиазом, в 603 случаях, рестеноз БДС в 29 случаях, стриктуры терминального отдела интрадуоденальной части холедоха в 87 случаях, стриктуры интрадуоденальной части холедоха на всем протяжении в 12

случаях, стриктура общего печеночного протока в 9 случаях, холедохолитиаз, в том числе с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка (БДС), в 127 случаях, фатериальный дивертикул в 51 случае, парафатериальный дивертикул в 82 случаях. При этом 79,57% случаев носили сочетанный характер патологии (табл. 1). Сопутствующие заболевания различной степени тяжести наблюдались в 89,7%, значительный процент из выявленной патологии составили заболевания сердечно-сосудистой системы (35,9%), имеющие также сочетанный характер.

Таблица 1

Нозологическая характеристика механической желтухи

Нозологические причины механической желтухи	Число случаев	
	Абс. число	%
Опухолевые заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны	77	7,15
Стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), изолированный и/или сочетанный с холедохолитиазом	603	55,99
Рестеноз БДС	29	2,69
Стриктуры интрадуоденальной части холедоха:		
- терминального отдела	87	8,08
- на протяжении	12	1,12
Стриктура общего печеночного протока	9	0,83
Холедохолитиаз, в том числе с ущемленным камнем БДС	127	11,79
Фатериальный дивертикул	51	4,74
Парафатериальный дивертикул	82	7,61
Всего	1077	100
В том числе сочетанная патология	857	79,57

Результаты и их обсуждение. В основе лечения больных с механической желтухой лежит устранение холестаза и профилактика печеночной недостаточности. На современном этапе утвердился этапный подход к лечению больных с механической желтухой. Декомпрессия желчных путей, проводимая в ближайшие 2–3 дня с момента поступления пациента, в ряде случаев (10–30%) является окончательным методом лечения. Оперативное вмешательство как второй этап лечения проводится по мере разрешения желтухи и наступления благоприятных условий.

Для уточнения диагноза и ликвидации механической желтухи нами выполнены транспапиллярные эндоскопические вмешательства: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) – в 814 (40,56%) случаях; «типичная» (канюляционная) эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – в 670 (33,88%); «атипичная» (неканюляционная) игольчатый папиллотомом – в 37 (1,84%); смешанная – в 34 (1,69%); интраоперационная атипичная ЭПСТ на антеградно проведенном зонде как компонент одноэтапного лечения – в 35 (2,79%); интраоперационная холедохоскопическая литоэкстракция – в

63 (3,14%); литоэкстракция, в том числе баллонная, в 125 (6,23%), литотрипсия с литоэкстракцией – в 49 (2,45%), эндоскопическая холедоходуоденостомия – в 5 (0,25%), чресфистульная холецистохолангиоскопия – в 2 (0,10%), эндоскопическая резекция БДС – в 1 (0,05%), транспапиллярное эндопротезирование холедоха и панкреатического протока, включая раздельное стентирование вирсунгова протока и желчевыводящих путей, – в 151 (7,52%) случае (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Эндоскопические вмешательства при механической желтухе

Вид манипуляции	Случаи		
	Абс. число	%	
ЭРХПГ	814	40,56	
ЭПСТ	канюляционная	670	33,38
	неканюляционная	37	1,84
	смешанная	34	1,69
	интраоперационная атипичная на антеградно проведенном зонде	56	2,79
Литоэкстракция	в том числе баллонная	125	6,23
	интраоперационная холедоходоскопическая	63	3,14
Литотрипсия с литоэкстракцией	49	2,45	
Эндоскопическая холедоходуоденостомия	5	0,25	
Чресфистульная холецистохолангиоскопия	2	0,10	
Эндоскопическая резекция БДС	1	0,05	
Транспапиллярное эндопротезирование холедоха и панкреатического протока, включая раздельное стентирование вирсунгова протока и желчевыводящих путей	151	7,52	
Всего	2007	100	

Степень печеночной недостаточности – важный критерий, определяющий тактику и подход в ведении пациентов с механической желтухой.

Основой лечения эндотоксикоза и печеночной недостаточности у пациентов с механической желтухой являются медикаментозная коррекция и адекватная по составу и объему инфузионная терапия, проводимая на фоне одного из видов декомпрессии желчных путей, что соответствует современным взглядам на проблемы лечения механической желтухи.

Активность цитолитического синдрома оценивали по уровню аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ). Показатели протромбинового индекса (ПТИ), общего белка и альбумина крови отражали состояние синтетических функций печени. Коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений при механической желтухе проводилась с использованием растворов кристаллоидов (изотонический раствор натрия хлорида, рингера, рингера-локка, 5% раствора глюкозы), а также раствора с антигипоксантным и гепатопротекторным действием – ремаксоло. В составе комплексной инфузионной терапии вводилось 800 мл раствора ремаксоло в сутки в течение 7 дней наряду с растворами кристаллоидов. По показаниям и учитывая сопутствующую патологию вводились лазикс, антибиотики, кардиальные препараты, проводилась витаминотерапия. В послеоперационном периоде на фоне проводимой инфузионной терапии и декомпрессии желчных путей оценивалась динамика клинических симптомов печеночной недостаточности и биохимических показателей холестаза, цитолиза и синтетических функций печени.

В исследуемой группе больных на 4–6-й день лечения отмечалось улучшение состояния и субъективного самочувствия пациентов, устранение клинических симптомов желтухи. Отмечено достижение показателей билирубина, щелочной фосфатазы, нормальных значений гамма-глутамилтранспептидазы.

Показатели АСТ и АЛТ достигали нормального уровня на 3–5-й день от начала инфузионной терапии. Показатели общего белка плазмы крови, альбумина и ПТИ нормализовались на 5–8-й день комплексной терапии.

Наши наблюдения пациентов с механической желтухой опухолевого и неопухолевого генеза с различной степенью печеночной недостаточности позволяют отметить, что приоритетным и важнейшим звеном комплексного лечения этой группы является максимально ранняя декомпрессия желчных путей одним из малоинвазивных методов декомпрессии, включая эндоскопическую папиллотомию и стентирование желчных путей. Если при поступлении имеется 3-я степень печеночной недостаточности, лечение следует проводить в отделении реанимации. Для уменьшения всасывания аммиака из кишечника и снижения интоксикации показаны общепринятое ограничение суточного рациона белка, очистительные клизмы, антибактериальная деконтаминация кишечника, пероральное применение лактулозы. Внутривенное введение растворов глюкозы и кристаллоидов с витаминами, раствора гепа-мерц наряду с форсированным диурезом позволяют добиться значительного эффекта при 1-й и 2-й степени печеночной недостаточности и непродолжительной желтухе. Однако при выраженной интоксикации у больных с длительной желтухой и 3-й степенью печеночной недостаточности часто отмечается отсутствие быстрого эффекта от консервативной терапии, что может быть показанием к применению экстракорпоральных методов детоксикации. Предпочтение отдается плазмаферезу как способу с минимальными побочными действиями. Лимфатикостомия и лимфосорбция могут рассматриваться как вариант детоксикации при длительной (4–6 нед) механической желтухе опухолевого происхождения, когда вероятность развития фатальной печеночной недостаточности особенно велика. Показанием к использованию гемодиализа должны служить состояния с явлениями печеночно-почечной недостаточности.

Особое значение в комплексном лечении указанной группы больных имеют антибактериальная терапия, назначение ингибиторов протонной помпы и препаратов, эволюирующих слизистую желудка для профилактики эрозий, язв и кровотечений, а также реабилитация полученной по дренажам желчи и своевременный возврат в кишечник на этапе подготовки больного к последующему оперативному вмешательству.

Среди осложнений после эндоскопических вмешательств мы отмечали легкие формы течения острого панкреатита, а также асептического и инфицированного панкреонекроза (3,4%), также имело место кровотечение после ЭПСТ в одном случае (0,01%), которое было остановлено с помощью эндоскопического гемостаза. Летальность, отмеченная в связи с развитием острого панкреатита с исходом в панкреонекроз, составила 1,6%. Осложнений, связанных с выполнением транспапиллярного эндопротезирования, не отмечено.

Выводы. При острой рецидивирующей и хронической непроходимости большого дуоденального соска, проявляющейся клинической симптоматикой гипертензии протоков органов ГПБЗ показаны эндоскопические вмешательства. При желтухе неопухолевого генеза ЭРХПГ и ЭПСТ позволяют отказаться от хирургических вмешательств либо сократить их объем и травматичность. Декомпрессия билиарной системы путем применения транспапиллярного протезирования является эффективным малоинвазивным оперативным вмешательством, которое применяется как временное (доброкачественные и злокачественные поражения органов ГПБЗ) либо постоянное (неоперабельные опухоли органов ГПБЗ) для восстановления оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Для нормализации показателей гомеостаза у больных с механической желтухой и предупреждения печеночной недостаточности необходимо проведение адекватной инфузионной терапии, включающей препараты антигипоксантного и гепатопротекторного действия.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев, П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы: лекция / П.С. Ветшев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 50–57.
2. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Видар-М, 2009. – 568 с.
3. Costamagna, G. Endoscopic stenting for biliary and pancreatic malignancies / G. Costamagna, M. Pandolfi // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 38. – P.59–67.
4. Risk factors for complication following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study / E.J. Williams, S. Taylor, P. Fairclough [et al.] // *Endoscopy*. – 2007. – Vol. 39 (9). – P.793–801.
5. Ахаладзе, Г.Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита. Почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе / Г.Г. Ахаладзе // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 2. – С.9–15.
6. Пауткин, Ю.Ф. Механическая непроходимость желчных путей (механическая желтуха) / Ю.Ф. Пауткин, А.Е. Климов. – М.: Профиль, 2010. – 224 с.
7. Инфузионная терапия при механической желтухе / И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, В.Н. Коробков, В.А. Филиппов // *Механическая желтуха – актуальная проблема абдоминальной хирургии: материалы Респ. науч.-практ. конф.* – Казань, 2014. – С.21–23.
8. Малков, И.С. Избранные разделы неотложной абдоминальной хирургии / И.С. Малков. – Казань: Изд-во Гос. тех. ун-та, 2013. – 408 с.
9. Бекбауов, С.А. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении больных с синдромом механической желтухи / С.А. Бекбауов, К.Г. Глебов, А.Е. Котовский // *Эндоскопическая хирургия*. – 2013. – № 4. – С.36–39.
10. Глебов, К.Г. Критерии выбора конструкции эндопротеза для эндоскопического стентирования желчных протоков / К.Г. Глебов, А.Е. Котовский, Т.Г. Дюжева // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2014. – Т. 19, № 2. – С.55–65.
11. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков металлическими самораскрывающимися эндопротезами / К.Г. Глебов, Т.Г. Дюжева, Н.А. Перова [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2012. – Т. 17, № 3. – С.65–74.
12. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А.Е. Котовский, Г.А. Уржумцева, К.Г. Глебов, Н.А. Перова // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 1. – С.9–21.
13. Дерябина, Е.А. Повышение безопасности лечебных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий у больных с доброкачественными обструктивными заболеваниями желчевыводящих путей / Е.А. Дерябина, Г.И. Братникова, А.В. Васильев // *Медицинская визуализация*. – 2010. – № 2. – С.73–80.
14. Эндоскопические вмешательства и коррекция нарушений гомеостаза у пациентов с механической желтухой / И.С. Малков, Г.Р. Закирова, В.Н. Коробков, М.Н. Насруллаев // *Казанский медицинский журнал*. – 2015. – Т. ХСХVI, № 3. – С.444–447.

15. Schneider, L. Acute pancreatitis with an emphasis on infection / L. Schneider, M.W. Büchler, J. Werner // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* – 2010. – Vol. 24. – P.921–941.
16. Multidrug strategies are effective in the treatment of severe experimental pancreatitis / J. Werner, W. Hartwig, T. Hackert [et al.] // *Surgery*. – 2012. – Vol. 151 (3). – P.372–381.
17. Методы интенсивной терапии в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе / И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, В.Н. Коробков, В.А. Филиппов // *Механическая желтуха – актуальная проблема абдоминальной хирургии: материалы Респуб. науч.-практ. конф.* – Казань, 2014. – С.23–28.
18. Насруллаев, М.Н. Возможности эндоскопических методов в оптимизации лечения больных с механической желтухой / М.Н. Насруллаев, Г.Р. Закирова, И.И. Хамзин // *Актуальные вопросы хирургии: материалы Межрегион. науч.-практ. конф.* – Казань, 2018. – С.70–73.

REFERENCES

1. Vetshev PS. Mekhanicheskaya zheltukha: prichiny i diagnosticheskiye podkhody (lektsiya) [Mechanical jaundice: causes and diagnostic approaches (lecture)]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2011; 16 (3): 50-57.
2. Gal'perin EI, Vetshev PS. Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putey [Guide to surgery of the biliary tract]. Moskva: Vidar-M [Moscow: Vidar-M]. 2009; 568 p.
3. Costamagna G, Pandolfi M. Endoscopic stenting for biliary and pancreatic malignancies. *J Clin Gastroenterol.* 2004; 38: 59-67.
4. Williams EJ, Taylor S, Fairclough P, et al. Risk factors for complication following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study. *Endoscopy*. 2007; 39 (9): 793-801.
5. Akhaladze GG. Patogeneticheskiye aspekty gnoynogo kholangita, pochemu net sistemnoy vospalitel'noy reaktsii pri mekhanicheskoy zheltukhe [Pathogenetic aspects of purulent cholangitis, why there is no systemic inflammatory reaction in obstructive jaundice]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2009; 14 (2): 9-15.
6. Pautkin YuF, Klimov AYe. Mekhanicheskaya neprokhodimost' zhelchnykh putey (mekhanicheskaya zheltukha) [Mechanical obstruction of the biliary tract (mechanical jaundice)]. Moskva: Profil' [Moscow: Profile]. 2010; 224 p.
7. Malkov IS, Shaymardanov RSh, Korobkov VN, Filippov VA. Infuzionnaya terapiya pri mekhanicheskoy zheltukhe [Infusion therapy for obstructive jaundice]. Kazan': Materialy Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Mekhanicheskaya zheltukha – aktual'naya problema abdominal'noy khirurgii» [Kazan: Proceedings of the Republican Scientific and Practical Conference «Mechanical Jaundice – the Current Problem of Abdominal Surgery»]. 2014; 21-23.
8. Malkov IS. Izbrannyye razdely neotlozhnoy abdominal'noy khirurgii [Selected sections of emergency abdominal surgery]. Kazan': Izdatel'stvo KGTU [Kazan: Publishing house of KSTU]. 2013; 408 p.
9. Bekbauov SA, Glebov KG, Kotovskiy AYe. Endoskopicheskiye transpapillyarnyye vmeshatel'stva v lechenii bol'nykh s sindromom mekhanicheskoy zheltukhi [Endoscopic transpapillary interventions in the treatment of patients with obstructive jaundice]. *Endoskopicheskaya khirurgiya* [Endoscopic surgery]. 2013; 4: 36–39.
10. Glebov KG, Kotovskiy AYe, Dyuzheva TG. Kriterii vybora konstruksii endoproteza dlya endoskopicheskogo stentirovaniya zhelchnykh protokov [Criteria for selecting the design of the endoprosthesis for endoscopic stenting of the bile ducts]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of Surgical Hepatology]. 2014; 19 (2): 55-65.
11. Glebov KG, Dyuzheva TG, Petrova NA, Bekbauov SA, Kotovskiy AYe. Endoskopicheskoye transpapillyarnoye stentirovaniye zhelchnykh protokov metallicheskimy samoraskryvayushchimisya endoprotezami [Endoscopic transpapillary stenting of the bile ducts with metal self-

- opening endoprosthesis]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii [Annals of Surgical Hepatology]. 2012; 17 (3): 65–74.
12. Kotovskiy AYe, Urzhumtseva GA, Glebov KG, Perova NA. Endoskopicheskiye tekhnologii v lechenii zabolevaniy organov gepatopankreatoduodenal'noy zony [Endoscopic technologies in the treatment of diseases of the organs of the hepatopancreatoduodenal zone]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii [Annals of Surgical Hepatology]. 2010; 15 (1): 9–21.
 13. Deryabina YeA, Bratnikova GI, Vasil'yev AV. Povysheniye bezopasnosti lechebnykh endoskopicheskikh retrogradnykh kholangiopankreatografiy u bol'nykh s dobrokachestvennymi obstruktivnymi zabolevaniyami zhelchevyvodyashchikh putey [Improving the safety of therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with benign obstructive diseases of the biliary tract]. Meditsinskaya vizualizatsiya [Medical Visualization]. 2010; 2: 73-80.
 14. Malkov IS, Zakirova GR, Korobkov VN, Nasrullayev MN. Endoskopicheskiye vmeshatel'stva i korrektsiya narusheniya gomeostaza u patsiyentov s mekhanicheskoy zheltukhoy [Endoscopic interventions and correction of disorders of homeostasis in patients with obstructive jaundice]. Kazanskii medicinskii zhurnal [Kazan medical journal]. 2015; XCVI (3): 444-447.
 15. Schneider L, Büchler MW, Werner J. Acute pancreatitis with an emphasis on infection. Infect Dis Clin North Am. 2010; 24: 921-941.
 16. Werner J, Hartwig W, Hackert T et al. Multidrug strategies are effective in the treatment of severe experimental pancreatitis. Surgery. 2012; 151 (3): 372-381.
 17. Malkov IS, Shaymardanov RSh, Korobkov VN, Filippov VA. Metody intensivnoy terapii v lechenii pechenochnoy nedostatochnosti pri mekhanicheskoy zheltukhe [Intensive therapy methods in the treatment of hepatic failure with obstructive jaundice]. Kazan': Materialy Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Mekhanicheskaya zheltukha – aktual'naya problema abdominal'noy khirurgii» [Kazan: Proceedings of the Republican Scientific and Practical Conference «Mechanical Jaundice – the Current Problem of Abdominal Surgery»]. 2014; 23-28.
 18. Nasrullayev MN, Zakirova GR, Khamzin II. Vozmozhnosti endoskopicheskikh metodov v optimizatsii lecheniya bol'nykh s mekhanicheskoy zheltukhoy [The possibilities of endoscopic methods in optimizing the treatment of patients with obstructive jaundice]. Kazan': Materialy mezhhregional'noy nauchno – prakticheskoy konferentsii «Aktual'nyye voprosy khirurgii» [Kazan: Proceedings of the interregional scientific – practical conference «Actual issues of surgery»]. 2018; 70-73.

© М.И. Малкова, О.В. Булашова, Е.В. Хазова, 2018

УДК 616.366-002.1-089-06:616.1

DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).62-68

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

МАЛКОВА МАРИЯ ИГОРЕВНА, канд. мед. наук, зав. отделением функциональной диагностики ГАУЗ ГКБ № 7, Россия, 420103, Казань, ул. Чуйкова, 54; ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Булгерова, 49, тел. 8-960-051-61-16, e-mail: marimalk@yandex.ru

БУЛАШОВА ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА, SCOPUS Author ID: 6507198087; докт. мед. наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Булгерова, 49, тел. (843) 296-14-03, e-mail: boulashova@yandex.ru

ХАЗОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8050-2892>; канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Булгерова, 49, тел. 8-905-313-97-10, e-mail: hazova_elena@mail.ru

Реферат. Ежегодно в мире более 100 млн пациентов старшего возраста подвергаются внесердечным хирургическим операциям. Около 1 млн переносят инфаркт миокарда и остановку сердца в интра- или раннем послеоперационном периодах. Смертность вследствие сердечно-сосудистых причин остается высокой и достигает 0,5–1,5%. В хирургической практике острый холецистит является одним из самых распространенных заболеваний. Вклад сердечно-сосудистых заболеваний в смертность от всех причин больных острым холециститом в возрасте старше 60 лет составляет более 50%. В настоящее время при работе междисциплинарной команды и максимально коротком сроке пребывания больных в стационаре необходимы точная диагностика и эффективное лечение заболевания. Эмпирически сложилось, что каждому пациенту перед хирургическим вмешательством необходимо получить от врача терапевтического профиля заключение о соматическом статусе. Любое, даже небольшое хирургическое вмешательство таит в себе риски развития интра- и послеоперационных осложнений, которые необходимо предвидеть и попытаться предотвратить. **Цель** – определить оптимальную тактику периоперационного ведения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при остром холецистите с индивидуальной оценкой кардиального риска для предупреждения и снижения частоты и тяжести кардиоваскулярных осложнений, планирования оперативного пособия. **Материал и методы.** Объектом исследования были 274 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями и с острым холециститом. **Результаты и их обсуждение.** Выявлена максимальная прогностическая значимость в оценке сердечно-сосудистых осложнений в течение 30 сут после операции у больных с кардиоваскулярной патологией при остром холецистите таких параметров, как: нарушения ритма в виде желудочковой экстрасистолии (2-5 градации по В. Lowp и М. Wolf) и фибрилляции предсердий ($p=0,012$), значение оценки клинических симптомов по шкале Ю.Н. Беленкова – В.Ю. Мареева ($p=0,009$), толщины задней стенки левого желудочка ($p=0,037$), частоты сердечных сокращений и диастолического артериального давления после операции ($p=0,009$ и $p=0,033$), скорость клубочковой фильтрации и уровень МНО после операции ($p=0,036$ и $p=0,007$). **Выводы.** Интегральная схема оценки кардиального риска и периоперационного ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями при остром холецистите позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений в течение 30 дней после операции с 33,5 до 20% ($p=0,005$) и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний с 4,5 до 1,9%.

Ключевые слова: периоперационный риск, острый холецистит, прогноз, сердечно-сосудистые заболевания.

Для ссылки: Малкова, М.И. Персонализированный подход к оценке периоперационного риска у пациентов с сердечно-сосудистой патологией в клинике неотложной помощи / М.И. Малкова, О.В. Булашова, Е.В. Хазова // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 5. – С.62–68. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(5).62-68.