

УДК 616.366-002

ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ*А.Е.Борисов, Ю.Е.Веселов, Н.Э.Заркуа, Д.А.Творогов*

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

THE EVOLUTION OF TREATMENT TACTICS OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN MULTIFIELD HOSPITALS: UNSOLVED ISSUES*A.E.Borisov, Y.E.Veselov, N.A.Zarkua, D.A.Tvorogov*

Saint-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2010 г.

Представлен опыт различных подходов при лечении острого холецистита в условиях многопрофильного стационара. На основании сравнительных данных лечения 10518 больных показан оптимальный подход в лечении острого холецистита.

Ключевые слова: острый холецистит, тактика лечения, эндовидеохирургия.

This work describes the results of different approaches to the in-patient treatment of acute cholecystitis in diversified hospital. On the basis of comparative data collected from 10518 patients' records, the work develops the optimal choice in the treatment of acute cholecystitis.

Key words: acute cholecystitis, treatment tactics, endovideosurgery.

В последние десятилетия наблюдается отчетливая тенденция повышения заболеваемости и, соответственно этому, отмечается неуклонный рост числа пациентов, подвергающихся хирургическому лечению по поводу острого холецистита [1, 3]. Широкое внедрение новых диагностических и лечебных технологий в лечение больных острым холециститом незначительно повлияло на результаты лечения. Частота интра- и послеоперационных осложнений за последние 10 лет также не подверглась значительным изменениям. Надежды, возлагаемые на эндовидеохирургические вмешательства, оправдались не в полной мере. До сих пор остаются нерешенными главные вопросы: качество дооперационной диагностики острого холецистита; критерии выбора лечебной тактики; сроки выполнения операции; условия профилактики постхолецистэктомического синдрома и ятрогенных повреждений [2–5]. В последние годы, вследствие широкого внедрения в практическую медицину лапароскопических технологий, появилась тенденция к увеличению количества резидуальных конкрементов.

Цель работы — анализ результатов лечения больных острым холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском, госпитализированных в Александровскую больницу Санкт-Петербурга в 1993–2008 гг. За это время было госпитализировано 10 518 больных острым холециститом.

Для сравнительного анализа непосредственных результатов лечения пациентов и высоким операционно-анестезиологическим риском больные были разделены на 2 группы. Контрольная группа больных составила 5137 человек, которые были пролечены в Александровской больнице за 1993–2000 гг. При лечении этих пациентов определялись показания к консервативной терапии, неотложным, отсроченным и плановым операциям.

Показаниями к оперативному лечению служили неэффективность консервативной терапии, прогрессирование воспалительного процесса и нарастание тяжести интоксикации, гангренозный либо перфоративный холецистит, абсцессы брюшной полости или разлитой перитонит, обструкция внепеченочных желчных протоков с нарастающей механической желтухой или билиарным панкреатитом.

Основная группа (5381 больных) проходила лечение в Александровской больнице с 2001 по 2008 гг. При лечении больных этой группы применялась активная и активно этапная тактика с использованием пункционных и эндовидеохирургических методов лечения.

Для сравнительного анализа непосредственных результатов лечения пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском больные основной группы были разделены на 2 подгруппы. 1 подгруппа включала 193 пациентов, которые были пролечены в Александровской больнице за 2001–2003 гг. При лечении этих пациентов применялась консервативная терапия или, при наличии показаний, оперативное лечение традиционным либо эндовидеохирургическим способом. Показаниями к оперативному лечению служили: неэффективность консервативной терапии, прогрессирование воспалительного процесса и нарастание интоксикации, гангренозный либо перфоративный холецистит, абсцессы брюшной полости или разлитой перитонит, обструкция внепеченочных желчных протоков с нарастающей механической желтухой или холангитом. 2-я подгруппа (329 больных) проходила лечение в Александровской больнице с 2003 по 2008 гг. Для улучшения результатов лечения этой группы была разработана и осуществлена программа внедрения пункционных методов лечения острого холецистита.

Критерии оценки для всех групп (анализируемые точки) включали следующие показатели:

- 1) осложнения заболевания, их тяжесть, количество, сроки наступления;
- 2) сроки госпитализации (до 6 ч, 6–24 ч, свыше 24 ч);
- 3) сроки и характер оперативного вмешательства, время верификации диагноза после поступления пациента в стационар;
- 4) своевременность выполнения оперативного вмешательства — сроки операции после поступления (до 6 ч, 6–24 ч, свыше 24 ч);
- 5) результаты лабораторных и инструментальных исследований;
- 6) летальность общая, послеоперационная;
- 7) оперативная активность;
- 8) количество послеоперационных осложнений;
- 9) койко-день, время пребывания в отделении реанимации;
- 10) диагностические и тактические ошибки;
- 11) доля завершения операций с применением эндовидеохирургических технологий, доля завершения операций открытым способом.

Для выполнения поставленных задач была определена группа больных высокого операционно-анестезиологического риска (не менее IV степени по классификации ASA). Критериями отбора, наряду с преклонным возрастом, являлись характер сопутствующего заболевания и степень компенсации функции компрометированного органа, которая, несмотря на постоянную медикаментозную коррекцию, оставалась субкомпенсированной либо острое осложнение хронического заболевания. Удельный вес больных, с перечисленными параметрами, соответствующими операционно-анестезиологическому риску IV–V степени, за анализируемый период составил 9,6%.

Тенденция своевременности оперативного вмешательства: в целом по Александровской больнице 51,43% больных оперируется в сроки позднее 24 ч после поступления. (табл. 1).

Таблица 1
Динамика сроков оперативного вмешательства

Сроки операции	Оперировано (% и годы)			
	1993	2000	2001	2008
До 6 ч	16,43	18,40	20,52	26,40
Позже 24 ч	50,82	51,25	52,42	56,26

Средний срок операции после госпитализации в Александровской больнице снизился в 2008 г до 12,5 ч ($p < 0,01$), что связано с введением эндовидеотехнологий и изменением тактики лечения больных с острым холециститом.

Имеет место прямая зависимость послеоперационной летальности от срока госпитализации при остром холецистите (табл. 2).

По мере накопления опыта эндовидеохирургический (ЭВХ) метод стал широко применяться и при остром холецистите, что привело к росту оперативной активности. Доля лапароскопических холецистэктомий, проведенных по поводу острого холецистита, составила

8,8% в 2001 г., 14,6% — в 2003 г. и 23,5% — в 2004 г. Если в первые годы деструктивный холецистит с перивезикальными изменениями клетчатки и гнойным процессом трактовался как противопоказание к ЭВХ-вмешательству, то сегодня спектр противопоказаний сужен до минимального. Доля лапароскопических холецистэктомий, выполненных по поводу острого холецистита, за период с 2001 по 2008 годы, составила от 8,8 до 82,7%.

Таблица 2
Послеоперационная летальность при остром холецистите

Летальность при разных сроках госпитализации (%)			
1993–2000 гг. контрольная группа		2001–2008 гг. основная группа	
Общая	Операция позже 24 ч	Общая	Операция позже 24 ч
4,1	2,1	3,6	0,5

Таблица 3
Факторы, влияющие на причины летальных исходов (% от общего числа больных)

Факторы	1993–2000 гг. контрольная группа	2001–2008 гг. основная группа
Тяжесть основной и сопутствующей патологии	38,9	36,5
Ятрогенные осложнения	1,7	1,9

По мере накопления опыта частота конверсий при экстренной лапароскопической холецистэктомии за тот же период снизилась с 3,7% в 2000 г. до 2,2% в 2008 г.

В дифференциальной диагностике острого холецистита ведущим методом инструментальной диагностики была сонография. Вследствие невозможности полноценного использования у всех больных в ургентной хирургии современных методов лучевой диагностики (контрастная КТ-холангиография, МРТ-холангиография, эндоскопическое УЗИ, интраоперационное УЗИ) у 11% больных нельзя было обеспечить дифференцированный подход к определению показаний к операции и этапность предполагаемых вмешательств. Поэтому показания к операции в некоторых группах больных завышены.

Сравнение результатов показало, что применение эндовидеохирургических технологий позволило улучшить результаты лечения, снизить летальность и количество койко-дней в целом по группе. При этом необходимо выделить группы пациентов, у которых активная тактика с помощью эндовидеотехнологий не позволяет достичь хороших результатов.

1. Стадия острого холецистита, в которой инфильтративный процесс, захватывающий желчный пузырь и элементы гепатодуоденальной связки приводил к ятрогенным повреждениям гепатохоледоха или полого органа.

2. Пациенты с высокой степенью анестезиологического риска.

Сравнение непосредственных результатов лечения в двух сопоставимых подгруппах больных показало, что при консервативной терапии у пациентов 1-й подгруппы оперативная активность составила 85%, а летальность — 6,5%, в то время как у 2-й подгруппы — 39,6% больных при послеоперационной летальности 3,6%. Поэтому оптимальный подход в лечении острого холецистита с использованием современной тактики должен учитывать возможность дифференцированного этапного применения навигационных, эндоскопических, эндобилиарных и эндовидеохирургических вмешательств, направленных на максимально быструю и эффективную декомпрессию

и восстановление проходимости билиарного тракта, купирование явлений холангита, верификацию и устранение причин билиарной обструкции.

Пункционные методы лечения острого холецистита под УЗИ-контролем показаны при операционно-анестезиологическом риске IV–V степени с целью декомпрессии и санации желчного пузыря. У 59% больных они позволяют снизить степень операционно-анестезиологического риска с возможностью выполнения хирургического вмешательства. Методики навигационной хирургии под УЗИ-контролем могут быть окончательными методами лечения при остром холецистите у 50,8% и позволяют снизить общую летальность на 4,1%.

Литература

1. Бебуришвили А.Г., Лозовой А.В., Зюбина Е.Н. Этапное эндохирургическое лечение осложненного холецистита // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 3. — С.29.
2. Ермолов А.С. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 1998. — № 2. — С. 11–12.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 264 с.
4. Майстренко Н.А., Андреев А.Л., Стукалов В.В. и др. Программный подход в лечении больных желчнокаменной болезнью с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 127–128.
5. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. // Вестник РГМУ. — 2000. — № 3. — С. 21–26.