

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.366-002.1-082:615.859

А. Е. Борисов, Д. А. Творогов, Ю. Е. Веселов, Н.Э. Заркуа

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. — проф. А.Е. Борисов) ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»

Ключевые слова: острый холецистит, тактика лечения, эндовидеохирургия.

Введение. В последние десятилетия вектор направленности оказания хирургической помощи при остром холецистите сместился в сторону использования видеолапароскопической и эндоскопической технологий [1, 2, 4].

Широкое внедрение новых диагностических и лечебных технологий в лечении больных с острым холециститом изменило тактику его лечения, что связано с рутинным внедрением миниинвазивных технологий в ургентную службу. Эти изменения характеризуются отказом от дифференцированного подхода к определению показаний к оперативному лечению, превалированием активной тактики у больных с клиникой острого холецистита [3, 5]. При этом существуют пациенты, у которых оперативное лечение, независимо от применяемых технических средств, не позволяет снизить послеоперационную летальность и осложнения. Это соматически ослабленные больные, преимущественно пожилого и старческого возраста, у которых низка эффективность консервативной терапии, мало времени отпущено на купирование нарастающей декомпенсации жизненно важных систем, а применение оперативных методов приводит к значительному росту риска, а также пациенты с инфильтративными изменениями в области желчного пузыря [6, 7]. В этих группах пациентов стандартные подходы лечения не всегда эффективны, что требует совершенствования методов лечения и диагностики.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных с острым холециститом в условиях многопрофильного стационара на

основе анализа и совершенствования тактических подходов.

Материал и методы. Основой работы является анализ результатов лечения больных с острым холециститом, госпитализированных в Александровскую больницу Санкт-Петербурга за 1993–2008 гг. включительно. За это время госпитализированы 10 518 больных. Сформирована основная группа из 5381 пациента, которые проходили лечение с 2001 по 2008 г. При лечении больных этой группы применялась активная и активно этапная тактика с применением малоинвазивных и эндовидеохирургических (ЭВХ) методов лечения. В качестве контрольной группы выделены 5137 пациентов, проходивших лечение в 1993–2000 гг., у которых лечебная тактика соответствовала классификации 1995 г. В.С.Савельева [2]. При лечении этих пациентов определялись тактика консервативной терапии и оперативное лечение. 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.

Из основной группы выделены 435 (8,1%) соматически ослабленных больных с инфильтративными изменениями в области желчного пузыря, у которых применялся этапный подход с использованием пункционных методов лечения. Также для выполнения поставленных задач из основной группы были выделены 522 (9,7%) пациента с высоким операционно-анестезиологическим риском (IV–V степени, согласно классификации ASA).

Критерии оценки для всех групп включали: сроки госпитализации (до 6 ч, 6–24 ч, свыше 24 ч), сроки и характер оперативного вмешательства, своевременность выполнения оперативного вмешательства — сроки операции после поступления (до 6 ч, 6–24 ч, свыше 24 ч), общую летальность, послеоперационную летальность, послеоперационные осложнения, оперативную активность, долю завершения операций с применением ЭВХ-технологий, долю завершения операций открытым способом.

Результаты и обсуждение. Число больных с острым холециститом, ежегодно госпитализированных в изучаемый период, остается высоким (654 ± 3) человека и не имеет тенденции к росту или снижению. Однако отмечается на 4,9% увеличение числа больных пожилого и старческого возраста. Тенденция в целом по Александровской больнице — 49,43% больных оперируют в сроки позже 24 ч с момента поступления (табл. 1).

Таблица 1

Сроки операции с момента поступления

Сроки операции	Оперировано, %			
	1993 г.	2000 г.	2001 г.	2008 г.
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 в 1993 г. составлял 16,6 ч, с 2008 г. — снизился до 8,5 ч, что связано с введением эндовидеотехнологий и изменением тактики лечения больных с острым холециститом.

За последние два десятилетия в структуре объективных параметров острого холецистита значимых изменений не произошло, однако статистически значимо увеличилось количество соматически отягощенных пациентов — на 1,3%.

Ретроспективный анализ результатов лечения больных контрольной группы показал высокие цифры послеоперационной летальности (4,1%), послеоперационных осложнений (8,8%). При анализе причин высокой послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений необходимо выделить группу риска, в которой пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском составили 9,4% (табл. 2).

В этой группе больных отмечается статистически значимое увеличение послеоперационной летальности в 3 раза и послеоперационных осложнений — в 2,5 раза. Также выделена группа пациентов (35%) с инфильтративными изменения-

ми в области желчного пузыря. Послеоперационная летальность среди них составила 0,7%, послеоперационные осложнения — 12,8%.

Выявлено, что с внедрением эндовидеохирургических технологий в практику экстренной хирургической службы стационара высокие цифры послеоперационной летальности и послеоперационных осложнений при остром холецистите в целом по группе удалось снизить. Однако в группе пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском послеоперационная летальность изменилась статистически незначительно на 0,1%, послеоперационные осложнения снизились на 7,4%. В группе пациентов с инфильтративными изменениями в области желчного пузыря послеоперационная летальность и послеоперационные осложнения не изменились. У пациентов этой группы выявлено статистически значимое увеличение частоты ятрогенных повреждений в 4,2 раза и их утяжеление (рис. 1).

Особую тревогу вызывает рост ятрогенных повреждений гепатохоледоха в 11,4 раза, двенадцатиперстной кишки — в 9,7 раза. Уровень конверсии составил 6,8%.

Таким образом, активная тактика, применяемая сегодня при лечении острого холецистита в многопрофильном стационаре, с внедрением малоинвазивных хирургических методов во всех группах больных не привела к желаемому снижению летальности и послеоперационных осложнений, а у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском выявлены лишь незначительные изменения их.

Это позволяет обосновать применение дифференцированной лечебной тактики при остром холецистите в многопрофильном стационаре с выделением групп риска, у которых необходимо шире использовать пункционные методы лечения и ограничить показания к оперативному вмешательству.

1-я группа риска — это пациенты с инфильтративными изменениями в области желчного пузыря, они составили 36% основной группы. Среди них дооперационная верификация

Таблица 2

Результаты лечения больных с острым холециститом контрольной и основной группы

Группы пациентов	Лечебная тактика			
	Дифференцированная тактика до внедрения ЭВХ (контрольная группа, n=5137)		Тактика после внедрения ЭВХ (основная группа, n=5381)	
	Послеоперационная летальность, %	Послеоперационные осложнения, %	Послеоперационная летальность, %	Послеоперационные осложнения, %
Все группы	4,1	8,8	0,9*	2,5*
С инфильтративными изменениями в области желчного пузыря	0,7	12,8	0,79	12,9
С высоким операционно-анестезиологическим риском	11,4	21,7	11,3	14,3*

* $p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой.

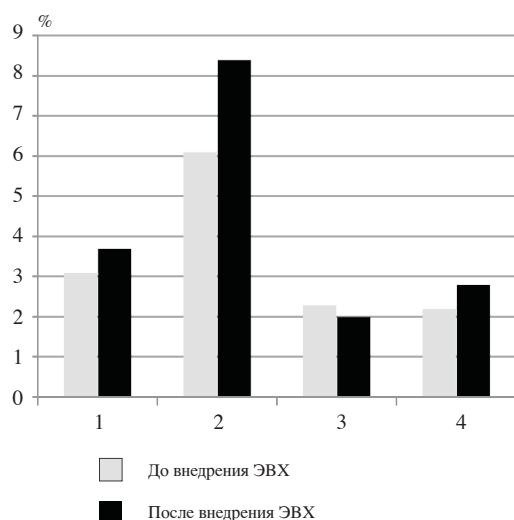


Рис. 1. Частота ятрогенных повреждений до и после внедрения ЭВХ у больных с воспалительным инфильтратом в области желчного пузыря.

1 — повреждение пузырной артерии; 2 — повреждение ткани печени в ложе желчного пузыря с развитием внутрибрюшного кровотечения; 3 — возникновение желчного свища; 4 — внутрибрюшные кровотечения в послеоперационном периоде.

инфильтрата, основанная лишь на трансабдоминальной УЗИ-диагностике, не превышала 80%. К тому же сам факт сонографического выявления инфильтрата не позволял достоверно оценить его структуру (рыхлый или плотный), что имеет определяющее значение для решения вопроса о сроках проведения операции и объеме вмешательства. Данное обстоятельство побуждает применять более информативные методы лучевой диагностики — компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). При верификации плотно-инфильтрата дальнейшая тактика сводится к консервативному лечению с использованием пункционных методов декомпрессии желчного пузыря с целью купирования острого воспалительного процесса с последующим оперативным лечением в «холодном» периоде.

При лечении 435 соматически неотягощенных пациентов с инфильтративными изменениями в области желчного пузыря, подтвержденными современными методами лучевой диагностики, КТ и МРТ, применялся этапный дифференцированный подход с первоначальным использованием консервативной терапии и пункционных методов лечения. В связи с прогрессированием воспалительного процесса в брюшной полости у 24 (5,4%) пациентов возникла необходимость в проведении лапароскопической холецистэктомии. Умер 1 пациент. Консервативные пункционные методы лечения позволили избежать экстренной холецистэктомии у 334 (76,7%) пациентов. Им была выполнена холецистэктомия в «холодном» периоде. 78 (17,9%) больных после консерва-

тивного и пункционного лечения отказались от холецистэктомии в «холодном» периоде. Этапная тактика позволила снизить послеоперационную летальность на 0,5%, а послеоперационные осложнения — на 2,6% (послеоперационная летальность в группе составила 0,2%, послеоперационные осложнения — 10,3%).

2-ю группу составили пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском. Больные основной группы были разделены на 2 подгруппы. 1-ю подгруппу составили 193 пациента, которые лечились с 2001 по 2003 г. 2-я подгруппа (329 больных) проходила лечение в Александровской больнице с 2003 по 2008 г. Ранее этих пациентов предпочитали лечить консервативно либо оперировали по жизненным показаниям. Предложенная в последние годы тактика лечения вышеуказанной группы больных, помимо интенсивной консервативной терапии, включила использование пункционных и эндоскопических вмешательств, направленных на декомпрессию желчевыводящих путей. Показанием к оперативному вмешательству остается только прогрессирование воспалительного процесса в области желчного пузыря. При лечении пациентов 2-й подгруппы широко применяли пункционные вмешательства под УЗИ-контролем и эндоскопические манипуляции. Пункцию желчного пузыря осуществляли в 1-е сутки после поступления пациента, при отсутствии показаний к срочной операции (разлитой перитонит или перфорация желчного пузыря в свободную брюшную полость). Последнее позволило в большинстве случаев купировать воспалительный процесс в области желчного пузыря, добиться снижения послеоперационной летальности. Одна треть из 329 больных (2-я подгруппа) после снижения операционно-анестезиологического риска была подготовлена к холецистэктомии. Показаниями к экстренному оперативному лечению в этой группе служили: неэффективность консервативной терапии, перитонит, нарастающая механическая желтуха.

Распределение пациентов производилось в соответствии с классификацией ASA. К III классу отнесены только 1,2% пациентов, 80% пациентов соответствовали IV классу риска, т. е. сопутствующие заболевания и их осложнения были плохо контролируемы и представляли сами по себе потенциальную угрозу для жизни. К наиболее тяжелой — 5-й группе риска — отнесены более 18% пациентов рассматриваемой группы.

Удельный вес больных в тяжелом состоянии, с суммой баллов более 20 по шкале APACHE-II, во 2-й подгруппе составил 69%. Интенсивная консервативная терапия, направленная на купирование воспаления и коррекцию грубых физиологических сдвигов, проводилась в условиях реанимационного отделения. Показания к срочной операции были сформулированы у 8%

больных. Консервативное лечение было проведено 29 (9,1%) больным, из них умерли 5 (17,2%). Высокие цифры летальности у этих пациентов обусловлены сопутствующими заболеваниями. У остальных 273 (83%) пациентов применялись пункционные и эндоскопические методы лечения, которые у 60,9% из них оказались окончательным методом лечения. В дальнейшем операции выполнялись у 7,3% на 2–3-и сутки после снижения операционно-анестезиологического риска, у 14,6% — на 6–9-е сутки.

Таким образом, сочетание интенсивного консервативного лечения, малоинвазивных пункционных и эндоскопических вмешательств позволило снизить оперативную активность с 70 до 40%, послеоперационную летальность — на 7,7%, а у 61% пациентов 2-й подгруппы явилось окончательным методом лечения (рис. 2).

Анализ результатов трансабдоминальной сонографии показал недостаточную чувствительность в выявлении инфильтративных изменений в зоне желчного пузыря и в области печечно-двенадцатиперстной связки. Сонография, по нашим данным, у 11% больных не позволяет обеспечить дифференцированный подход к определению показаний к операции, у 35% пациентов — ответить на вопрос о выраженности инфильтративных изменений в области желчного пузыря, а прямые признаки наличия конкрементов в общем желчном протоке сонографически выявлены в 91,35% наблюдений. Поэтому целесообразно включение КТ и МРТ в протокол дооперационного обследования. Чувствительность МРТ при определении холедохолитиаза составила 99,6%, специфичность — 99,1% [8, 9].

КТ дает точную информацию о состоянии органов панкреатодуоденальной зоны. При сопоставлении операционных находок и результатов КТ у больных с воспалительным инфильтратом в области желчного пузыря мы пришли к убеждению о необходимости выполнения КТ этим больным при длительности заболевания более 3–4 сут. В отличие от УЗИ с помощью КТ можно получить не только качественную, но и количественную информацию о плотности инфильтрата. При плотности инфильтрата до 30–45 ед. по шкале Hounsfielda доступна эндоскопическая диссекция тканей тупым и острым путем, тогда как при плотности инфильтрата свыше 45 ед. визуально верифицировать и выделить структуры, входящие в инфильтрат, в ходе лапароскопической операции не представляется возможным. При этом чувствительность КТ в отношении околопузырного воспалительного инфильтрата — 99,6% и специфичность — 98%. Полученные данные диктуют необходимость воздержаться от операции в ранние сроки у 47% пациентов с выраженным инфильтративным процессом.

Приведенные результаты послужили основанием для выработки положения

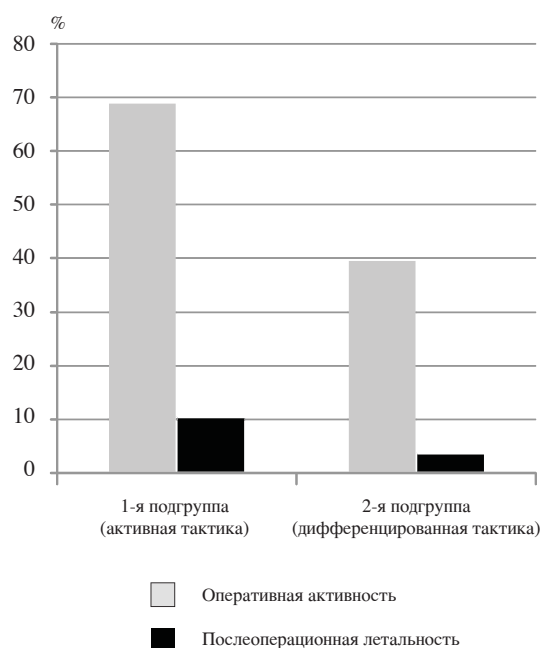


Рис. 2. Показатели оперативной активности и послеоперационной летальности в подгруппах с высоким операционно-анестезиологическим риском.

лечебно-диагностической тактики в условиях многопрофильного стационара. Она заключается в использовании дифференцированного подхода к группам больных с высоким операционно-анестезиологическим риском и к пациентам с инфильтративно-воспалительными изменениями в области желчного пузыря, которым показано этапное применение миниинвазивных вмешательств. Благоприятным результатом её внедрения в клиническую практику явилось снижение послеоперационной летальности и частоты послеоперационных осложнений (схема).

Выводы. 1. Тактика лечения больных с острым холециститом претерпела значительные позитивные изменения в связи с широким внедрением эндовидеохирургических технологий. Однако основными неблагоприятными последствиями этого явились: фактический отказ от дифференцированного подхода к определению показаний к оперативному лечению, недостаточное внимание к группам пациентов, которым показано этапное применение комплекса миниинвазивных технологий или отказ от оперативного лечения.

2. Внедрение лапароскопических вмешательств снизило летальность с 4,1 до 0,9% в основной группе пациентов. Однако необходимо выделить группу пациентов с высоким операционным риском (IV–V степени, согласно классификации ASA), у которых данная тактика



Схема выбора тактики лечения острого холецистита.

не эффективна, так как сохраняются высокие оперативная активность и летальность до 12%.

3. Необходимо вернуться к дифференцированной тактике в лечении острого холецистита с выделением следующим групп больных: пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском (IV–V степени, согласно классификации ASA), пациентов с выраженным инфильтративно-воспалительным процессом в области желчного пузыря.

4. Пункционные методы лечения острого холецистита под УЗИ-контролем показаны при высоком операционно-анестезиологическом риске с целью декомпрессии и санации желчного пузыря. У 69% больных они позволяют снизить степень операционно-анестезиологического риска с возможностью выполнения хирургического вмешательства и на 2,4% снизить послеоперационную летальность. При выраженном инфильтративно-воспалительном процессе в области желчного пузыря пункционные методы лечения под УЗИ-контролем позволяют обеспечить этапность подходов и снизить послеоперационные осложнения на 2,6%.

5. Трансабдоминальная сонография у 11% больных с острым холециститом не позволяет обеспечить дифференцированный подход к определению показаний к операции и этапность предполагаемых вмешательств, что диктует необходимость обязательного применения современных методов визуализации (КТ, МРТ).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бебуришвили А.Г., Лозовой А.В., Зюбина Е.Н. Этапное эндохирургическое лечение осложненного холецистита // Эндоскоп. хир.—2001.—№ 3.—С. 29.

2. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачев К.Г., Лисицын А.А. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и её осложнения.—СПб.: ООП НИИХ СПбГУ, 2001.—188 с.
3. Борисов А.Е., Мовчан К.Н. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность).—СПб.: Полиграфическое изд-во, 2003.—174 с.
4. Борисов А.Е., Фёдоров В.А. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.—СПб.: ЭФА, 2000.—162 с.
5. Жуков Б.Н., Борисов А.И., Стаханов О.И. Инструментальная билиарная декомпрессия у лиц в возрасте старше 60 лет // СамГУ.—Естественно-научная серия.—2006.—№ 4.—С. 44.
6. Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение // Вестн. РГМУ.—2000.—№ 3.—С. 21–26.
7. Майстренко Н.А., Андреев А.Л., Стукалов В.В. Программный подход в лечении больных желчнокаменной болезнью с высоким операционным риском // Анн. хир. гепатол.—2002.—№ 1.—С. 127–128.
8. Lucena J.R. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy // Cir. Esp.—2005.—Vol. 6.—P. 332–336.
9. Macrì A., Scuderi G., Saladino E. et. al. Acute gallstone cholecystitis in the elderly: treatment with emergency ultrasonographic percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc.—2006.—Vol. 1.—P. 88–91.

Поступила в редакцию 26.08.2010 г.

A.E.Borisov, D.A.Tvorodov, Yu.E.Veselov, N.E.Zarkua

SPECIFIC FEATURES OF STRATEGY OF TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS UNDER CONDITIONS OF MULTIFIELD HOSPITALS: UNSOLVED PROBLEMS

An experience with different approaches to treatment of acute cholecystitis under conditions of multifield hospitals is described. On the basis of comparative data of treatment of 10518 patients the optimal strategy of treatment of acute cholecystitis was determined.