

Особенности течения острого калькулезного холецистита после успешного купирования воспаления

С.В.Михайлузов¹, Е.В.Моисеев², М.А.Хокон², М.В.Шевченко², А.Е.Соломахин¹

¹Российский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. В.А.Ступин);

²Городская клиническая больница №15 им. О.М.Филатова, Москва
(главный врач – к.м.н. Э.И.Николаева)

Проанализировано течение острого калькулезного холецистита у 562 больных, выписанных из стационара после купирования острого воспаления. Рецидив заболевания в течение первых трех лет отмечен в 83,1% случаев преимущественно при деструктивной форме заболевания и у лиц старше 65 лет. Рецидив в 4,7% случаев осложнился перитонитом (чаще у лиц пожилого и старческого возраста), а у больных с IV степенью операционно-анестезиологического риска – в 13,8% наблюдений. В группе «неприкасаемых» больных рецидив чаще наступал в ситуациях, когда в лечении не использовалась микрохолецистостомия. Лишь 17,2% из них в течение первых трех лет умерли от декомпенсации соматической патологии. Анализ течения заболевания указывает на необходимость поиска путей радикального лечения острого калькулезного холецистита уже при первичной госпитализации их в стационар.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, консервативное лечение

The features of acute calculous of cholecystitis course after the successful treatment of inflammation

S.V.Mikhaylusov¹, E.V.Moiseenkova², M.A.Khokonov², M.V.Shevchenko², A.E.Solomakhin¹

¹Russian State Medical University, Department of Hospital Surgery No 1 of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department – Prof. V.A.Stupin);

²O.M.Filatov Municipal Clinical Hospital No 15, Moscow
(Chief Doctor – PhD E.I.Nikolayeva)

We analyzed the acute calculous cholecystitis course in 562 discharged patients after a successful treatment of acute episode. Flare up has been noticed in 83,1% of cases, mainly in patients with destructive cholecystitis and in patients older than 65 years. Peritonitis as a complication was noticed in 4,7% (mainly in elderly patients) and in patients with high risk for general anesthesia (the 4th level) in 13,8% of cases. Among «the very severe» patients recurrence often was noticed in those patients who had not undergone a microcholecystectomy. 17,2% of them died during the first three years from other illnesses. The analysis of the disease's course showed the necessity for a new approach to radical treatment of acute calculous cholecystitis during the primary hospitalization.

Key words: acute calculous cholecystitis, successful treatment

За период с 1982 г. по 2006 г. в клинике находились на лечении 11893 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ). В 4903 случаях (41,2%) после успешного купирования острых явлений заболевания не было предпринято радикального лечения. Основной причиной был отказ больных от операции (41,1% наблюдений). Помимо этого 696 пациентам (14,2%) требовалась коррекция сопутствующей соматической патологии с участием специалистов различного

профиля. У 19,5% решено было временно отказаться от дальнейшего хирургического лечения из-за острого панкреатита, желтухи, обострения язвенной болезни. Еще в 25,1% случаев имело место сочетание причин.

В лечении ОКХ применялись консервативные мероприятия, включающие инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную и симптоматическую терапию. Почти у каждого пятого пациента (20,7%) применялись тонкоигольные пункции (ТП) желчного пузыря (ЖП) и микрохолецистостомия (МХС). Из 1017 случаев данной группы ТП произведены в 521 наблюдении (51,2%), МХС – в 496 (48,8%).

Для оценки течения заболевания после купирования острых явлений на основе опроса, анкетирования больных, а также данных обследования, проведенного при повторной госпитализации, нами прослежена судьба 562 пациентов, выписанных из клиники с 1990 г. по 2003 г. В стационаре

Для корреспонденции:

Михайлузов Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии №1 Российского государственного медицинского университета

Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГKB №15 им. О.М.Филатова, хирургический корпус
Телефон: (495) 375-2391

E-mail: Michailusov@hospital15.com

Статья поступила 8.11.2007 г., принята к печати 30.06.2008 г.

этим больным применялась комплексная диагностика с широким использованием ультразвукового исследования (УЗИ). Это позволило верифицировать степень выраженности воспалительных изменений в стенке ЖП уже на этапах госпитализации и при динамическом наблюдении в процессе лечения. Все больные ОКХ различного возраста были госпитализированы в стационар впервые. При первичной госпитализации пациентов до 65 лет было 320 (56,9%), пожилых и стариков (старше 65 лет) – 242 (43,1%). Больных до 45 лет было 10,1%, от 45 до 65 лет – 46,8%, от 65 до 75 лет – 40,4%, старше 75 лет – 2,7%.

У пациентов диагностированы катаральная (116 человек – 20,6%) и флегмонозная (446 – 79,4%) формы холецистита. Консервативная терапия применялась исключительно при катаральной форме воспаления ЖП. В группе больных до 65 лет катаральное воспаление выявлено в 19,1% случаев (61 человек из 320), у лиц старше 65 лет – в 22,7% (55 из 242) ($p = 0,338$). При флегмонозном холецистите (446 случаев) лечение дополнялось ТП ЖП в 211 случаях и МХС – в 235. Лечебные ТП ЖП у лиц моложе и старше 65 лет выполнены соответственно в 34,1% наблюдений (109 из 320) и в 42,1% (102 из 242) ($p = 0,061$). К дренированию ЖП в указанных возрастных группах прибегли соответственно в 46,9% (150 из 320) и 35,1% (85 из 242) ($p = 0,007$). То есть чаще всего МХС дополняла лечение пациентов флегмонозным холециститом в возрасте до 65 лет.

Все больные (562 человека) выписаны из стационара после стихания острых явлений в ЖП и успешной эндоскопической коррекции патологии билиарного тракта при ее подтверждении. Из всей группы лишь 16,9% больных (95 человек) в плановом порядке в последующем обратились к хирургам для оперативного лечения, а 83,1% (467) были госпитализированы в экстренном порядке с клиникой холецистита. У 291 пациента из 467 (62,3%) рецидив ОКХ выявлен в течение первого года после выписки, у 176 (37,7%) – в течение двух-трех лет.

Среди повторно госпитализированных в экстренном порядке (467 человек из 562) в возрасте до 65 лет было 238 больных из 320 (74,4%), старше 65 лет – 229 из 242 (94,6%) ($p = 0,000$). Из них первично лечились с катаральной формой воспаления 74 человека (15,8%), с флегмонозной – 393 (84,2%). Соответственно рецидив заболевания диагностирован у ранее госпитализировавшихся с катаральным холециститом в 74 случаях из 116 (63,8%), с флегмонозным – в 393 из 446 (88,1%) ($p = 0,000$). То есть рецидив заболевания наступал чаще у больных, первично лечившихся по поводу деструктивной формы заболевания, и у лиц старше 65 лет.

После успешного проведения консервативной терапии по поводу острого катарального калькулезного холецистита (116 человек) в течение первых трех лет повторно обратились 70 человек (60,3%) (22 из 61 в возрасте до 65 лет (36,1%) и 48 из 55 – старше 65 лет (87,3%); $p = 0,000$). То есть у пациентов пожилого и старческого возраста с катаральной формой холецистита рецидив заболевания в течение трех лет отмечен чаще, чем у лиц моложе 65 лет.

После лечения больных флегмонозным калькулезным холециститом с использованием чрескожных вмешательств (лечебных пункций и МХС) повторная госпитализация в стационар потребовалась в течение трех лет в 393 наблюдени-

ях из 446 (88,1%). Причем рецидив после ТП наступал в группе старше 65 лет чаще, чем у более молодых (соответственно в 99 и 66,1%; $p = 0,000$). После МХС статистически достоверного различия частоты рецидива заболевания в различных возрастных группах не было (94,1 и 93,3% соответственно; $p = 0,967$).

Особенностью течения ОКХ явился тот факт, что среди пациентов с первично выявленным флегмонозным калькулезным холециститом в 4,7% случаев рецидив осложнился перитонитом (21 наблюдение из 446). При этом в группе больных старше 65 лет частота развития перитонита значительно выше (16 из 187 человек – 8,6%), чем у пациентов молодого и среднего возраста (до 65 лет) (5 из 259 человек – 1,9%) ($p = 0,002$).

Таким образом, выписка больных из стационара после успешного лечения по поводу ОКХ приводила к рецидиву заболевания в течение первых трех лет в достаточно высоком проценте случаев (83,1%). Это наблюдалось преимущественно у больных с деструктивной формой холецистита. В группе больных пожилого и старческого возраста рецидив наступал чаще как при катаральной форме воспаления ЖП, так и при флегмонозной. При повторной госпитализации ситуация осложнилась в 4,7% случаев перитонитом, чаще в группе пациентов старше 65 лет. Это значительно усугубило клиническую ситуацию и требовало проведения радикального хирургического лечения при первичном выявлении признаков ОКХ.

В настоящее время в литературе приходится сталкиваться с мнением, что наиболее частой причиной отказа от радикального лечения ОКХ является тяжелая соматическая патология [1–5]. Именно группа пациентов, у которых в условиях стационара подтверждается IV степень операционно-анестезиологического риска по ASA (American Society of Anesthesiologists), заслуживает особого внимания. Для оценки особенностей течения ОКХ в группе «неприкасаемых» пациентов мы проследили судьбу 93 больных флегмонозным холециститом в течение трех лет после выписки из стационара. Успешного купирования острых явлений в стенке ЖП удалось добиться с помощью консервативной терапии и МХС. В представленной группе преобладали женщины (70 человек – 75,3%). Мужчины составили лишь 24,7% (23 случая) ($p = 0,000$). В основном больные были в возрасте от 65 до 75 лет (89 человек – 95,7%: женщин было 67 (75,3%), мужчин – 22 (24,7%); $p = 0,000$). В группе до 65 лет женщины составили 75% (3 из 4), мужчины – 25% (1 человек) ($p = 0,486$).

Больные госпитализированы в стационар в различные сроки от начала заболевания: 55 (59,1%) – в первые трое суток от момента появления клинических симптомов холецистита, из них 6 – в первые 24 часа. Пациентов, обратившихся за помощью в более поздние сроки, было всего 38 (40,9%) ($p = 0,019$).

Обращает на себя внимание, что 3 мужчин из 23 (13%) обратились за помощью в первые сутки от момента заболевания, среди женщин – 3 из 70 (4,3%) ($p = 0,320$). На 2–3-и сутки от появления симптоматики ОКХ соотношение госпитализированных мужчин и женщин было, соответственно, 5 (21,7%) и 44 (62,9%) ($p = 0,002$), на 4–5-е сутки – 12 (52,2%) и 17 (24,3%) ($p = 0,025$), позднее 5-х суток – 3 (13%) и 6 (8,6%) ($p = 0,824$). Из представленных данных видно, что

мужчины чаще госпитализированы в сроки позднее 4-х суток от момента заболевания, чем женщины (15 из 23 (65,2%) и 23 из 70 (32,9%) соответственно; $p = 0,013$).

При сравнении больных различного пола и давности заболевания мы не выявили статистически достоверных различий ни в одной из групп.

Из 93 больных с операционно-анестезиологическим риском IV степени 89 (95,7%) госпитализированы в хирургический стационар с ОКХ повторно. Причем в 16 случаях из 89 (18%) ранее уже производилась МХС, а 12 пациентам (13,5%) предлагали оперативное вмешательство по поводу ОКХ. Опыт предыдущей госпитализации и эффективное купирование воспаления в ЖП во многом послужили причиной отказа больных от дальнейшего хирургического лечения.

Из наиболее часто встречающихся клинических проявлений ОКХ были: боль в правом подреберье (84,9% наблюдений), чувство тяжести в правом подреберье (75,3%) и лихорадка (46,2%). При физикальном обследовании обращает на себя внимание то, что у 39 больных из 93 (41,9%) наблюдалось ожирение III–IV степени. Пальпаторно в 49 наблюдениях (52,7%) определялось дно желчного пузыря, в 80 (86%) – напряжение мышц передней брюшной стенки и в 10 (10,8%) – инфильтрат в правом подреберье без четких границ.

В группе соматически отягощенных больных ОКХ, не подвергнутых радикальному лечению после купирования острых явлений, различные формы ишемической болезни сердца диагностированы в 83,9% случаев, гипертоническая болезнь II–III степени – в 65,6% и заболевания органов дыхания – в 39,8%. В 20,4% наблюдений (19 случаев) течение холецистита осложнилось инсулинозависимым сахарным диабетом 2 типа. В 27 наблюдениях (29%) выявлено сочетание заболеваний. А 20 человек (21,5%) ранее перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

Отказ от дальнейшего лечения после МХС мотивирован различными причинами. Чаще всего больные сами отказывались от радикальных вмешательств после стихания острых явлений (45 случаев – 48,4%). В остальных 48 наблюдениях (51,6%) решение о выписке пациента из стационара было принято в результате проведенного консилиума, состоявшего из врачей различного профиля.

В 10 случаях из 93 (10,8%) представленной группы успешно завершена эндоскопическая санация билиарного тракта. У 7 пациентов произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия по поводу холедохолитиаза, у 3 показанием для санации желчного дерева был стеноз дистального отдела холедоха, верифицированный при фистулографии после МХС.

В течение первого года после выписки из стационара 27 из 93 (29%) пациентов с тяжелой соматической патологией повторно госпитализированы с рецидивом воспаления в ЖП в хирургические отделения нашей клиники, еще 16 (17,2%) – в другие лечебные учреждения. В течение двух-трех лет госпитализированы с явлениями ОКХ 22 пациента (23,7%). В течение первых трех лет умерли в результате декомпенсации соматической патологии 16 человек (17,2%). Не отмечено рецидива ОКХ после выписки из хирургического отделения нашей клиники лишь в 12 случаях (12,9%). Таким образом, из 93 больных, у которых удалось проследить течение

ОКХ после выписки из стационара, рецидив заболевания наступил в 65 наблюдениях (69,9%).

После успешно проводимой консервативной комплексной терапии на фоне МХС и коррекции соматической патологии перед выпиской из стационара в 49 случаях (52,7%) катетер из желчного пузыря удален, 44 человека (47,3%) отпущены из клиники с дренажом. Мы проследили отдельно судьбу этих больных. Из 44 больных, выписанных с дренажом, в 13 наблюдениях (29,5%) дренаж переставал функционировать, что требовало амбулаторного обращения пациентов к врачам за помощью с целью промывания катетера. У 12 человек (27,3%) дренаж выпал из полости ЖП в течение первых 3–6 мес после выписки из стационара. В 21 случае (47,7%) у опрошенных в сроки от 3 до 8 мес дренаж функционировал удовлетворительно и требовал лишь дополнительной фиксации его к коже передней брюшной стенки.

Рассматривая течение ОКХ у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, выписанных из стационара с МХС (1-я группа) и без дренажа в ЖП (2-я группа), мы обратили внимание на несколько особенностей. Прежде всего, пациенты 1-й группы в течение первого года повторно госпитализированы реже (13 человек из 44 (29,5%)) по сравнению с 30 больными из 49 (61,2%) 2-й группы ($p = 0,004$). Также выявлены статистически достоверные различия между группами по количеству наблюдений с рецидивом острого холецистита в последующие 2–3 года. У больных, выписанных из стационара с МХС, рецидив диагностирован чаще (в 16 случаях из 44 (36,4%)), чем у выписанных без МХС (в 6 наблюдениях из 49 (12,2%)) ($p = 0,013$). Однако следует отметить, что в 1-й группе в течение двух-трех лет обострение процесса верифицировано у тех пациентов, у которых дренаж выпал из ЖП (7 случаев) или перестал функционировать (6 наблюдений). Таким образом, в первые три года у соматически отягощенных больных, выписанных из стационара после купирования острых явлений холецистита на фоне консервативного лечения и МХС, статистически достоверных различий в частоте рецидива не отмечено. У пациентов, выписанных с МХС, рецидив был у 29 из 44 (65,9%), без МХС – у 36 из 49 (73,5%) ($p = 0,571$). Всего такое течение заболевания отмечено в 65 случаях (69,9%).

Очень важной особенностью течения ОКХ у соматически отягощенных больных, выписанных из стационара после купирования воспаления в ЖП с использованием МХС, является тот факт, что у 9 из 65 повторно госпитализированных с ОКХ (13,8%) течение заболевания осложнилось перитонитом.

Не отмечено рецидива заболевания у больных, выписанных с МХС в 5 наблюдениях (11,4%), без МХС – в 7 (14,3%) ($p = 0,912$). Помимо этого 7 человек 1-й группы (15,2%) и 9 (16,7%) из 2-й группы умерли в течение первых трех лет от декомпенсации соматических заболеваний ($p = 0,969$).

Таким образом, в группе больных ОКХ, не подвергнутых радикальному лечению и с высоким операционно-анестезиологическим риском, преобладали женщины. Заболевание чаще встречалось у лиц пожилого возраста. По данным анамнеза, 95,7% больных были повторно госпитализированы в стационар с ОКХ. Рецидив воспаления в ЖП калькулезной природы отмечался в достаточно высоком проценте наблюдений (69,9%) в течение первых трех лет после первично купированного процесса. Причем в 13,8% случаев по-

вторной воспалительный процесс осложнился перитонитом, что потребовало вынужденного оперативного вмешательства у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. В первый год после выписки из стационара рецидив чаще возникал у пациентов, отпущенных после купирования воспаления без МХС. Несмотря на высокий операционно-анестезиологический риск у пациентов, лишь 17,2% из них в течение первых трех лет умирают от декомпенсации соматической патологии. Все вышеуказанное заставляет искать пути проведения радикального лечения в данной группе больных уже при первичном обращении в стационар с ОКХ. В настоящее время в повседневной работе хирурга рекомендуют в качестве радикального лечения ОКХ применять помимо традиционной холецистэктомии видеолапароскопическое вмешательство, а также операцию из «мини-доступа» [6–9]. В качестве альтернативы удаления ЖП рассматриваются различные способы чресфистульной санации с извлечением конкрементов и облитерацией просвета органа [10, 11]. Тем не менее, место различных методик до конца не определено и требует дальнейшего рассмотрения.

Литература

- Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии // Хирургия. – 2005. – №6. – С.24–30.
- Буянов В.М., Перминова Г.И., Анахасян В.Р. Результаты неотложной лапароскопии у больных пожилого и старческого возраста с острыми заболеваниями органов брюшной полости // Клини. хир. – 1985. – №4. – С.48–51.
- Гуляев А.А., Шаповальянц С.Г., Бурова В.А. и др. Облитерация просвета желчного пузыря у больных с высоким операционным риском // Хирургия. – 1998. – №9. – С.42–44.
- Мейлах Б.Л., Карташов А.В. Термическая мукоклазия желчного пузыря в лечении больных с крайними степенями операционного риска. – В кн.: Сборник тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2005. – С.209–211.
- Михайлуков С.В. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите // Рос. мед. журн. – 1998. – №6. – С.29–33.
- Кузнецов Н.А., Аронов А.С., Харитонов С.В. и др. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35–40.
- Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Феклюнин А.А. Желчнокаменная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста: критерии выбора рациональной хирургической тактики // Эндоскоп. хир. – 2007. – Т.13. – №1. – С.122–123.
- Нестеренко Ю.А., Михайлуков С.В., Бурова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. – 2003. – №10. – С.41–45.
- Ступин В.А., Нестеренко Ю.А., Михайлуков С.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении острого калькулезного холецистита. – В кн.: 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2002. – С.374–375.
- Нестеренко Ю.А., Михайлуков С.В., Тронин Р.Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клини. геронтол. – 2006. – Т.12. – №6. – С.40–46.
- Нестеренко Ю.А., Михайлуков С.В., Хоконов М.А. и др. Чресфистульная санация желчного пузыря при остром калькулезном холецистите и высокой степени операционно-анестезиологического риска // Анн. хир. гепатол. – 2005. – Т.10. – №1. – С.73–78.

ИЗ ЖИЗНИ УНИВЕРСИТЕТА

Премии города Москвы 2008 года в области медицины

На основании Указа мэра гор. Москвы от 3 июня 2008 г. №37-УМ «О присуждении премий города Москвы 2008 года в области медицины» и в соответствии с Законом города Москвы от 5 сентября 2001 г. №38 «О наградах и почетных званиях города Москвы» присуждены премии города Москвы 2008 года сотрудникам РГМУ:

Ступину Виктору Александровичу,
 Михальскому Вадиму Викторовичу,
 Ильенко Лидии Ивановне,
 Гайновой Любове Владимировне,
 Качаловой Ольге Вячеславовне,
 Костенко Анне Юрьевне,
 Тимаковой Марии Владимировне,
 Холодовой Ирине Николаевне,
 Румянцеву Александру Григорьевичу.

Сердечно поздравляем лауреатов с высокой наградой Правительства Москвы!