

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.361-002-02:616.366-003.7-07-08

ОСТРЫЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (Протоколы диагностики и лечения)¹

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе
(дир. — проф. С.Ф.Багненко)

Острый калькулезный холецистит — острое воспаление желчного пузыря, вызванное обтурацией пузырного протока камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и перитониту. Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

1. Протоколы диагностики острого калькулезного холецистита в отделении экстренной медицинской помощи (приемном отделении).

В отделении экстренной медицинской помощи (ОЭМП) таких больных делят на 2 основные группы:

1-я — с острым неосложненным холециститом;

2-я — с острым осложненным холециститом.

В группе больных с острым осложненным холециститом выделяют 3 подгруппы:

1-я — острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;

2-я — острый холецистит в сочетании с холангитом;

3-я — острый холецистит в сочетании с панкреатитом.

1.1. Критерии диагностики острого неосложненного калькулезного холецистита в ОЭМП:

- боли и болезненность в правом подреберье;
- УЗИ-признаки (увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки, наличие конкрементов).

1.2. Протоколы обследования в ОЭМП:

1) лабораторные исследования — общеклинический и биохимический (амилаза, сахар, трансаминазы, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок) анализы крови, анализ мочи;

2) инструментальные исследования — рентгенография груди, УЗИ живота, ЭКГ, рентгенография живота (при подозрении на перфорацию полого органа или острую кишечную непроходимость);

3) консультация терапевта и других специалистов по показаниям.

1.3. Протоколы лечения больных с острым неосложненным калькулезным холециститом.

Лечение больных с острым неосложненным холециститом должно начинаться с консервативной терапии, направленной на купирование воспалительного процесса и эндотоксикоза в условиях хирургического отделения. Показан следующий комплекс лечебных мероприятий:

1) постельный режим, голод, холод на правое подреберье;

2) инфузионная терапия (внутривенно 1,5–2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства);

3) антибактериальная терапия (цефалоспорины третьего поколения или фторхинолоны второго поколения в сочетании с нитроимидазолами);

4) консервативное лечение проводится в течение 12 ч, с повторным анализом лейкоцитов крови и УЗИ органов живота;

5) при неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство

¹ Настоящие протоколы разработаны С.Ф.Багненко, А.Е.Борисовым, В.Г.Вербицким, В.Р.Гольцовым, М.В.Гриновым, И.А.Ерехиным, М.Ю.Кабановым, М.П.Королевым, А.Ю.Корольковым, К.Г.Кубачевым, М.И.Кузьминым-Крутецким, В.Н.Лапшиным, А.П.Михайловым, С.И.Переудовым, Г.И.Синенченко, В.Ф.Сухаревым, Э.Г.Цветковым, С.А.Шляпниковым, Ю.Н.Ульяновым. Утверждены Ассоциацией хирургов Санкт-Петербурга 03.04.2006 г.

в течение последующих 6 ч. Больным перед операцией выполняют ФГДС. В случае выявления язвенной болезни лечение дополняется противоязвенной терапией. При появлении перитонеальных симптомов сроки наблюдения и выполнения операции должны быть сокращены;

6) в случае положительного эффекта от консервативного лечения хирургическое вмешательство выполняется в последующие 48–72 ч. Критериями эффективности консервативной терапии являются: уменьшение боли и болезненности в правом подреберье и уменьшение желчного пузыря при повторном УЗИ. При выполнении протокола обследования и отсутствии противопоказаний сроки наблюдения могут быть сокращены;

7) больных, отказавшихся от операции в указанные сроки, выписывают из стационара после купирования острого приступа заболевания. Им рекомендуют хирургическое лечение в плановом порядке;

8) операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) под общим обезболиванием. При невозможности выполнить ЛХЭ производят традиционную холецистэктомию;

9) у пациентов с высокой степенью операционного риска, рассчитанного по одному из способов (APACHE, SAPS, ASA, MODS, SOFA и др.), объем операции выбирают индивидуально с участием анестезиолога. В отдельных случаях объем оперативного вмешательства может быть ограничен холецистостомией под местным обезболиванием.

2. Критерии диагностики острого калькулезного холецистита, осложненного перитонитом:

– признаки острого холецистита в сочетании с симптомами распространенного перитонита.

2.1. Протоколы предоперационного обследования больных с острым холециститом, осложненным перитонитом, в ОЭМП.

По протоколу 1.2.

2.2. Протоколы лечебной тактики при остром холецистите, осложненным перитонитом:

1) больным с острым холециститом, осложненным распространенным перитонитом, показано хирургическое вмешательство в первые 2–3 ч после поступления;

2) в ОЭМП, наряду с обследованием, проводится предоперационная подготовка, включающая внутривенное вливание 400–800 мл растворов кристаллоидов, обезболивающих средств;

3) при нарушении витальных функций (сознания, гемодинамики, дыхания) больного помещают в отделение хирургической реанимации. Операция выполняется сразу после стабилизации гемодинамических показателей;

4) при подозрении на деструктивный панкреатит и больным с небольшим сроком заболевания

операцию начинают с лапароскопии. В зависимости от диагностических находок принимается решение о возможности выполнения оперативно-го вмешательства лапароскопическим или открытым методом;

5) хирургическое вмешательство обязательно включает холецистэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. При необходимости выполняют ревизию и дренирование желчных путей. Больным в токсической и терминальной фазе перитонита осуществляют назогастроинтестинальную интубацию с целью обеспечения декомпрессии желудочно-кишечного тракта и ранней энтеральной поддержки.

3. Критерии диагностики острого холецистита в сочетании с острым холангитом:

1) признаки острого холецистита;

2) гипертермия более 38 °С;

3) лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$;

4) гипербилирубинемия 50 мкмоль/л и выше;

5) УЗИ — признаки билиарной гипертензии.

В зависимости от выраженности клинико-лабораторных показателей выделяют острый холангит, билиарный сепсис и тяжелый билиарный сепсис.

3.1. Протоколы лечебной тактики при остром холецистите, в сочетании с острым холангитом:

1) госпитализация в хирургическое отделение;

2) инфузионно-детоксикационная терапия в объеме 1,5–2 л растворов кристаллоидов;

3) антибактериальная терапия цефалоспорины третьего поколения;

4) при отсутствии положительной динамики через 6 ч показано хирургическое вмешательство:

– выполняются ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Холстеду и интраоперационная холангиография. При наличии одиночного конкремента (до 1,5 см) ЭПСТ производится в раннем послеоперационном периоде;

– при наличии крупного камня (больше 1,5 см) или множественных конкрементов, а также при невозможности произвести адекватное дренирование желчных путей выполняют традиционное оперативное вмешательство с ревизией и наружным дренированием общего желчного протока. Для подтверждения полноты удаления конкрементов показана интраоперационная холедохоскопия.

3.2. Критерии диагностики билиарного сепсиса:

1) два и более признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS);

2) положительный прокальцитонинный тест (качественное определение).

3.3. Протоколы лечебной тактики при билиарном сепсисе:

1) госпитализация в отделение хирургической реанимации;

2) инфузионно-детоксикационная терапия (объем её определяется реаниматологом);

3) антибактериальная терапия (цефалоспорины третьего–четвертого поколения в сочетании с нитроимидазолами или карбапенемы);

4) в течение 6 ч выполняется хирургическое вмешательство (по протоколу 3.1 п. 4).

3.4. Критерии диагностики тяжелого билиарного сепсиса:

1) двукратное повышение прокальцитонинного теста (количественное определение) с интервалом 1 сут при наличии источника инфекции в желчных протоках;

2) два и более признаков SIRS;

3) SOFA более 2 баллов.

3.5. Протоколы лечебной тактики при тяжелом билиарном сепсисе:

1) госпитализация в отделение хирургической реанимации;

2) инфузионно-детоксикационная терапия (объем инфузионной терапии определяется реаниматологом);

3) антибактериальная терапия (цефалоспорины четвертого поколения в сочетании с нитроимидазолами или карбапенемы). Коррекция антибактериальной терапии после верификации возбудителя;

4) при отсутствии септического шока в течение 6 ч выполняется хирургическое вмешательство (по протоколу 3.1 п. 4).

4. Критерии диагностики острого холецистита в сочетании с острым панкреатитом в ОЭМП.

Включают критерии диагностики острого холецистита и острого панкреатита:

– боли и болезненность в эпигастрии и правом подреберье;

– УЗИ-признаки (увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки, наличие конкрементов, увеличение плотности и размеров поджелудочной железы);

– повышение уровня амилазы в крови.

На этом этапе необходимо раннее выявление «тяжелого» панкреатита, исход которого зависит от срока начала лечения. Признаками его являются:

1. Клинические:

– перитонеальный синдром;

– нестабильная гемодинамика — тахикардия (>120 в 1 мин) или брадикардия (<60 в 1 мин), снижение систолического АД ниже 100 мм рт. ст.;

– олигурия (менее 25 мл мочи в час);

– энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий).

2. Лабораторные:

– лейкоцитоз выше $14 \times 10^9/\text{л}$;

– мочевины выше 12 ммоль/л.

Наличие хотя бы двух клинических признаков, перечисленных выше, позволяют диагностировать «тяжелый» панкреатит. Лечение таких больных осуществляют в отделении хирургической реанимации по протоколу «Острого панкреатита», важнейшим принципом которого является использование консервативной тактики. Хирургическое вмешательство применяют только для снятия желчной гипертензии и ограничения деструктивного воспаления в поджелудочной железе. Остальным пациентам с острым холециститом в сочетании с «нетяжелым» панкреатитом показана госпитализация в хирургическое отделение. Их обследование и лечение осуществляют по протоколу 1.2, 1.3. При прогрессировании деструктивных изменений в желчном пузыре выполняют лапароскопическую холецистэктомию, которую дополняют дренированием общего желчного протока по Холстеду. В послеоперационном периоде целесообразно назначение антисекреторной и антиферментной терапии в течение 3 сут.

ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS: «PROTOCOLS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT»

The proposed protocols of diagnostics and treatment of acute calculous cholecystitis were developed in St. Petersburg Djanelidze Research Institute of Emergency Medicine where the problems of treatment of patients with acute inflammatory diseases of the bile ducts are investigated in collaboration with the leading experts in this field in Saint Petersburg and Leningradskaya oblast. The protocols are based on the collective experience of many authors, who realized in their work different strategic directives and methods of treatment of complicated forms of cholelithiasis and nevertheless came to similar conclusions. They contain recent developments of the organization and carrying out diagnostic and medical measures for patients with this pathology which could improve results of treatment of this not simple category of patients.