

УДК 617-089:616.34

А. Ф. Шульга¹, Е. С. Губочкин³, С. Н. Покалюхин³, А. С. Соловейчик³, Д. Г. Ушверидзе³,
А. А. Протасов¹, С. А. Варзин², М. Э. Мамсуров¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

²Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

³Городская клиническая больница № 4 св. Георгия, Санкт-Петербург

Острый холецистит (ОХ) является самым частым осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ) и в настоящее время вышел на первое место по количеству больных, поступающих с этим диагнозом в хирургические стационары, и на второе место после острого аппендицита по количеству прооперированных больных. При этом более 65 % пациентов находятся в возрасте от 60 до 80 лет, как правило, с выраженными сопутствующими заболеваниями, и прежде всего сердечно-сосудистыми [1–3]. У этой категории больных чаще развиваются такие осложнения, как водянка и эмпиема желчного пузыря, паравезикальный абсцесс, перфорация желчного пузыря с возникновением местного или распространенного перитонита.

Данные литературы свидетельствуют о том, что летальность при ОХ колеблется от 1,9 до 8 %, достигая 46 % в группе больных с острым гангренозным холециститом, осложненным перфорацией и перитонитом [4]. Все вышеизложенное побуждает хирургов использовать малоинвазивные технологии в лечении ОХ.

В настоящей статье мы хотим отразить опыт лечения ОХ за последние 5 лет — в период 2003–2007 гг. Этот период выбран в связи с тем, что тактика лечения была жестко регламентирована, методы хирургических вмешательств стандартизированы и выполнялись в целом одной группой хирургов, а клинический материал достаточен для объективного анализа.

Материалы и методы исследования. Основой работы является анализ результатов лечения 1900 больных с ОХ, поступивших на лечение в 1 хирургическое отделение городской многопрофильной больницы № 4 св. Георгия г. Санкт-Петербурга. Анализ возрастного спектра поступивших больных показал преобладание пациентов старшей возрастной группы: до 60 лет — 95 (5 %), старше 60 лет — 1064 (56 %), старше 71 года — 608 (32 %), старше 81 года — 133 пациента (7 %).

Хирургические проблемы тесно связаны с проблемами геронтологическими [3, 5].

Давность заболевания у поступивших больных варьировала от 12 ч до 7 сут.

Каждый поступивший пациент помимо ОХ страдал и сопутствующими заболеваниями. Наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (77,5 %), гипертоническая болезнь (60,8 %), недостаточность кровообращения (34,5 %), постинфарктный кардиосклероз (28,4 %). Среди хронических заболеваний органов дыхания преобладали пневмосклероз (30,8 %), хронический бронхит

© А. Ф. Шульга, Е. С. Губочкин, С. Н. Покалюхин и др., 2009

(28 %) и бронхиальная астма (6 %). Имели место и такие заболевания, как сахарный диабет (4,8 %), хронический гепатит (1,8 %), ХПН (0,8 %) и ряд других.

Из всех поступивших больных оперировано 903 пациента (47,5 %), лечились консервативно 997 больных (52,5 %). Из оперированных больных 743 (82,3 %) выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 160 пациентам (17,7 %) — традиционная холецистэктомия. Всего умерло 3 пациента, что составило 0,16 % общей летальности и 0,3 % послеоперационной.

При ведении больных с ОХ мы формально придерживаемся «активно-выжидательной» тактики, рекомендованной в 1981 г. XXX Всесоюзным съездом хирургов в Минске, пленумом проблемной комиссии «Неотложная хирургия» Научного совета по хирургии РАМН и МЗ и СРРФ от 2005 г., а также протоколами диагностики и лечения острого калькулезного холецистита, разработанными Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе от 2006 г., и предполагающей соблюдение трех условий: 1 — экстренная операция выполняется только при наличии разлитого желчного перитонита в течение 2–3 ч, после предварительной подготовки; 2 — срочная операция выполняется при неэффективности консервативного лечения ОХ в течение 12–24 ч или при прогрессировании желтухи; 3 — плановая операция выполняется при успешном купировании приступа и стихании воспалительных явлений.

Пожилой и старческий возраст, наличие отягощающих сопутствующих заболеваний и форма воспаления в желчном пузыре — вот основные моменты, которыми мы руководствуемся в тактике лечения больных с ОХ. При этом если возраст и форма воспаления желчного пузыря — параметры объективные, то оценка тяжести сопутствующей патологии, резервов и возможностей отдельного больного в каждом конкретном случае чрезвычайно сложна и во многом субъективна.

Всем больным при поступлении в стационар выполнялось комплексное общеклиническое исследование. Наличие патологии со стороны желчного пузыря и желчных протоков диагностировали по данным клинической картины, лабораторных, ультразвуковых и эндоскопических методов. Прогнозирование течения патологического процесса и выбор метода лечения определяли по клинической картине, температурной реакции, показателям клинических и биохимических исследований, а самое главное — в зависимости от варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря.

Ультразвуковыми признаками ОХ являются утолщение стенок желчного пузыря более 4 мм, неоднородность и «слоистость», «двойной контур» стенки, увеличение размеров желчного пузыря, вколоченный камень в устье пузырного протока, наличие перивезикальных инфильтрата и (или) экссудата.

Мы, как и другие авторы [5, 6], выделяем 4 варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря.

Вариант 1 — ОХ без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Имеется увеличение размеров желчного пузыря (свыше 50 мм), толщина стенки пузыря — 2–4 мм, однородная, в просвете — наличие или отсутствие конкрементов. В этой группе был 801 пациент (42,1 %).

Вариант 2 — ОХ с признаками деструкции стенки желчного пузыря, толщина стенки превышает 4 мм, имеется ее «слоистость». Подобные признаки выявлены у 778 пациентов (41 %).

Вариант 3 — острый деструктивный холецистит с признаками перивезикальных изменений (инфильтрат и экссудат). 266 больных (14 %) имели перечисленные признаки.

Вариант 4 — острый деструктивный холецистит с ограниченным местным или распространенным перитонитом. При УЗИ визуализируется свободная жидкость в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. Подобные изменения были диагностированы у 55 пациентов (2,9 %).

Из пациентов, поступивших в стационар с тяжелыми и осложненными формами, у 18,3 % приступ отмечался впервые. Каждый четвертый больной знал о наличии у него конкрементов в желчном пузыре.

По нашим данным, у 48 (5,3 %) больных ОХ сочетается с механической желтухой, вызванной холедохолитиазом, который был, в основном, корригирован эндоскопическими методами. Здесь следует подчеркнуть, что мы солидарны с другими авторами [7–9] в том, что этим больным показано двухэтапное лечение: вначале производим удаление камней из общего желчного протока (ОЖП), устраняем механическую желтуху и холангит, а затем выполняли лапароскопическую холецистэктомию.

Все оперированные больные — 903 (47,5 %) — нами разделены на 2 группы:

- 1 — оперированные лапароскопически (ЛХЭ) — 743 (82,3 %);
- 2 — оперированные открытым способом (ТХЭ) — 160 (17,7 %).

Третью группу составили больные, которым проводилось только консервативное лечение.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов лечения больных, поступивших в стационар с диагнозом ОХ, следует начать с тех, которым проводилось только консервативное лечение.

Бытующее мнение хирургов о том, что ОХ предпочтительнее оперировать в «холодном периоде» после обследования и подготовки, мы в целом поддерживаем и считаем, что консервативное лечение показано в первые дни после госпитализации больным с клинической картиной острого катарального холецистита, а также группе больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, имеющими незначительные поражения стенки желчного пузыря, и при наличии инфильтрата без признаков абсцедирования и явлений перитонита, а также при отказе больного от оперативного лечения.

Из 1900 больных, поступивших в стационар за период 2003–2007 гг., консервативное лечение выполнено у 997 (52,5 %) человек. В эту группу вошли 801 больной с клиникой острого катарального холецистита и 196 с клиникой холецистопанкреатита и тяжелой сопутствующей патологией, у 67 пациентов выявлялся инфильтрат. Все больные данной группы получали адекватную патогенетическую терапию (антибиотики широкого спектра действия, инфузионную, спазмолитическую и симптоматическую терапию). Летальных исходов у больных, получавших только консервативную терапию, не было. Все больные выписаны из стационара, 2 из них переведены в терапевтическое отделение для лечения сопутствующей патологии. Из всех выписавшихся пациентов повторно через 1–3 месяца поступили для планового оперативного лечения 246 (30,7 %). Всем им выполнена лапароскопическая холецистэктомия. При этом, несмотря на «холодный период», у ряда больных стенка желчного пузыря была резко утолщена и инфильтрирована, подобно флегмонозным изменениям. Это чаще наблюдалось при обтурации в области шейки желчного пузыря камнем и водянке желчного пузыря. Группу больных, которым произведено оперативное вмешательство, мы условно разделили по срочности выполнения на 3 группы:

- группа 1: экстренные операции — 55 больных (6,1 %) — в первые 12 ч от момента поступления больного в стационар;

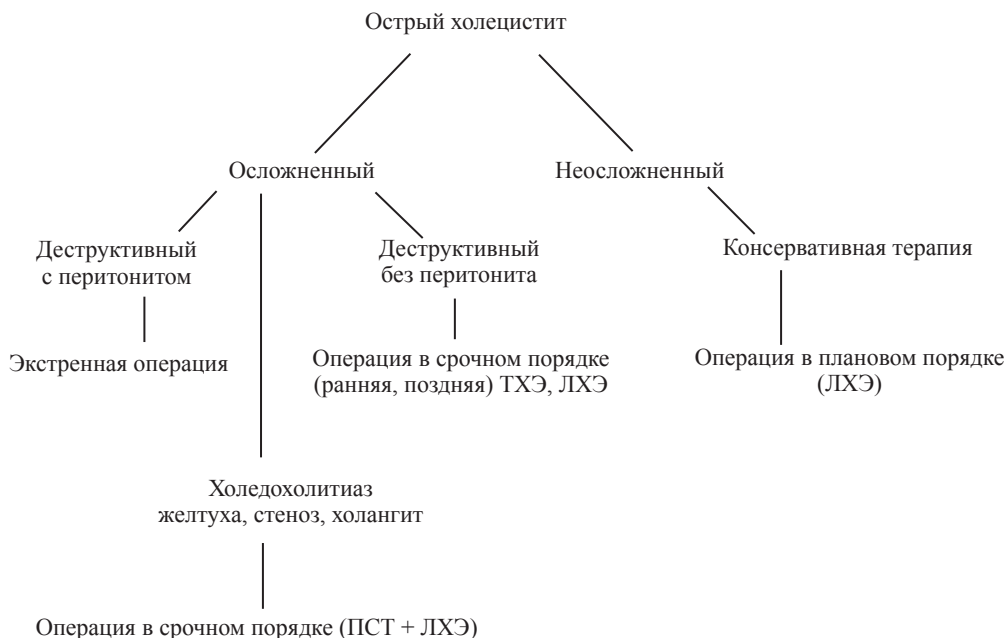
- группа 2: срочные операции — 306 больных (33,9 %) — при неэффективности консервативной терапии в течение 12–24 ч от момента поступления;
- группа 3: поздние срочные операции — 542 больных (60 %), — которые выполнялись после стихания воспалительных явлений и частичным купированием приступа в последующие 2–3 сут от поступления больного в стационар.

Больные группы 1 оперированы в экстренном порядке, как правило, в ночное время дежурной бригадой хирургов. Всем им проведена традиционная холецистэктомия. Это больные с гангренозно-перфоративной и флегмонозно-гангренозной формой деструкции стенки желчного пузыря, перитонитом. В группе 1 умерло трое больных, что составило 5,4 % летальности в данной, наиболее тяжелой группе больных.

Следует отметить, что все трое умерших пациентов старше 75 лет, и смерть наступила в двух случаях от инфаркта миокарда и в одном случае — от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Среди больных группы 2, которые оперированы в срочном порядке при неэффективности консервативной терапии, 201 пациенту выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), при этом конверсия осуществлена только у двух пациентов из-за наличия выраженного спаечного процесса в области гепатодуоденальной связки, а 105 больным — традиционная холецистэктомия (ТХЭ) из верхнесрединного доступа. У всех этих пациентов операцию заканчивали дренированием брюшной полости. Летальных исходов в данной группе не было.

Больным группы 3 выполняли поздние срочные операции после стихания воспаления в стенке желчного пузыря и окружающих тканях. Всем 542 (60 %) больным этой группы произведена ЛХЭ. Летальности в рассматриваемой группе также отсутствовала



(выздоровление — 100 %). Используемая концепция острого холецистита представлена на схеме.

Частота осложнений у больных ОХ, оперированных ЛХЭ и ТХЭ, представлена в табл. 1 и 2.

Кровотечение во время операции в одном случае потребовало конверсии доступа, в остальных случаях кровотечение удалось остановить дополнительным клипированием сосуда. В двух случаях отмечалось умеренное поступление крови по дренажу после операции, что потребовало санационной лапароскопии, при которой выявлены источники кровотечения: у одного — подтекание крови из ложа пузыря, у второго — из небольшой краевой раны печени, которое остановлено электрокоагуляцией.

При выявлении абсцесса в подпеченочном пространстве удалось провести санационную пункцию под контролем УЗИ, что привело к выздоровлению.

Желчеистечение в послеоперационном периоде в двух случаях не потребовало оперативного вмешательства и прекратилось самостоятельно, а у одного пациента с желчеистечением до 600,0 мл в сутки потребовало релапароскопии и дополнительного клипирования культи пузырного протока.

Таблица 1

Частота осложнений при выполнении ЛХЭ в различные сроки от начала ОХ

Осложнение	Срочная операция N = 201	Поздняя срочная операция N = 542
Кровотечение во время операции	10 (5 %)	6 (1,11 %)
Кровотечение после операции	2 (1 %)	1 (0,18 %)
Внутрибрюшной абсцесс	1 (0,5 %)	0 –
Внутрибрюшной инфильтрат	4 (1,99 %)	3 (0,55 %)
Желчеистечение по дренажу после операции	2 (1 %)	1 (0,18 %)
Нагноение послеоперационной раны	3 (1,49 %)	2 (0,37 %)
Пневмония, плеврит	1 (0,5 %)	0 –
Всего	23 (11,4 %)	13 (2,4 %)

Таблица 2

Частота осложнений при выполнении ТХЭ в различные сроки от начала ОХ

Осложнение	Экстренная операция N = 55	Срочная операция N = 105
Кровотечение во время операции	3 (5,45 %)	6 (5,7 %)
Кровотечение после операции	1 (1,82 %)	2 (1,9 %)
Желчеистечение по дренажу	1 (1,82 %)	4 (3,8 %)
Нагноение послеоперационной раны	3 (5,45 %)	1 (0,95 %)
Инфильтрат послеоперационной раны	1 (1,82 %)	4 (3,8 %)
Пневмония, плеврит	3 (5,45 %)	1 (0,95 %)
Инфаркт миокарда	2 (3,64 %)	0 –
ТЭЛА	1 (1,82 %)	0 –
Всего	15 (27,2 %)	18 (17,1 %)

Возникшим интраоперационным кровотечением в одном случае обусловлено оставление тампона с гемостатической целью, в остальных случаях остановлено дополнительным лигированием сосуда и электрокоагуляцией. В послеоперационном периоде кровотечение из брюшной полости после выполнения срочной операции потребовало релапаротомии у одного больного. Источником кровотечения явилась пузырная артерия, которая во время операции была не визуализирована.

Желчеистечение по дренажу остановилось самостоятельно и не потребовало лапаротомии.

Обобщая результаты по группе экстренно оперированных больных, необходимо отметить, что оперативное лечение у этой категории пациентов является вынужденной и единственной мерой для спасения их жизни и выполняется, как правило, дежурной бригадой в ночное время и в худших условиях. Больным с клиникой гангренозного и гангренозно-перфоративного холецистита и перитонитом операция выполнялась вынужденно по жизненным показаниям вне зависимости от тяжести их состояния и степени операционно-анестезиологического риска.

С внедрением в клиническую практику эндовидеохирургической техники ЛХЭ стала «золотым стандартом» в лечении ОХ [10–12].

Всем 743 (82,3 %) больным выполнена ЛХЭ с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Следует подчеркнуть, что все операции выполнялись в дневное время и, как правило, наиболее опытными хирургами, хорошо владеющими техникой эндовидеохирургических операций.

Тщательное обследование больных в предоперационном периоде позволяет получить исчерпывающую информацию о состоянии зоны предстоящей операции. Мы не считаем противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии ранее перенесенные операции на органах нижнего отдела брюшной полости. Каждый шестой оперированный нами пациент перенес различные вмешательства (аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи, операции на матке и придатках). Операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

При вмешательствах ЛХЭ выделяем следующие этапы: наложение пневмоперитонеума; введение троакаров и лапароскопа; ревизия органов брюшной полости; выделение желчного пузыря из сращений и трубчатых структур области шейки (наиболее ответственный момент операции); выделение пузырного протока и артерии, их клепирование и пересечение; выделение желчного пузыря из ложа печени; извлечение желчного пузыря из брюшной полости; тщательный гемостаз и при необходимости санация надпеченочного пространства; дренирование надпеченочного пространства (всегда) одним или двумя дренажами. Послеоперационный период у больных, перенесших ЛХЭ, протекал гораздо легче, чем у оперированных традиционным способом. Требовалось значительно меньше анальгетиков, и уже со вторых суток больные начинали ходить. Общее состояние многих пациентов позволяло их выписывать на 3–4-е сут. Однако, учитывая возможность более далеких осложнений, мы выписываем большинство больных на 7–8-е сут.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после выполненной ЛХЭ составила 8,34 койко-дня. Продолжительность ЛХЭ — в среднем 72,5 мин.

Данные гистологического исследования удаленного желчного пузыря, в целом совпадающие с клиническим диагнозом, распределились следующим образом:

- гангренозный и гангренозно-перфоративный холецистит — 55 (2,9 %);
- флегмонозный холецистит — 642 (71,1 %);

- другие формы гистологии, катаральный (обтурационный, язвенный) холецистит — 206 (22,6 %).

Таким образом, проведенный анализ лечения больных, поступающих в хирургический стационар с диагнозом ОХ, свидетельствует о преимуществе активно-выжидательной тактики и применения как основного хирургического метода лечения ЛХЭ. Больные, которым не проводилось хирургическое лечение и они были выписаны после проведения консервативных мероприятий на амбулаторное лечение, повторно поступали в стационар и им была выполнена ЛХЭ с хорошими результатами. В этой группе пациентов, которым выполнялась плановая ЛХЭ, летальность отсутствовала.

Представленные данные позволяют сделать следующие выводы.

Применение активно-выжидательной тактики при лечении ОХ считаем наиболее оправданным. Оптимальным сроком для выполнения ранних и поздних срочных операций при остром деструктивном холецистите являются первые трое суток от начала заболевания, когда еще не развились рубцово-инфильтративные изменения в перивезикальной зоне. Вмешательство не должно быть связанным с неоправданно высоким риском.

Операцией выбора мы считаем ЛХЭ, которая должна проводиться в дневное время бригадой опытных хирургов, в совершенстве владеющих техникой эндовидеохирургических вмешательств. Единственным показанием для выполнения экстренных операций при ОХ, независимо от времени суток, является клиника разлитого желчного перитонита.

Методом выбора при сочетании ОХ и патологии внепеченочных желчных путей является двухэтапное лечение: вначале производится эндоскопическая папиллосфинктеротомия и удаление камней из ОЖП для устранения механической желтухи и холангита, затем выполняется ЛХЭ.

Литература

1. Васильев В. В., Перунов А. Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // *Consil. Med.* 2001. Т. 3. № 6. С. 279–284.
2. Галлингер Ю. И., Карпенко В. И., Мизиков В. Н., Юрьева Л. А. Эндоскопическая хирургия калькулезного холецистита // *Анн. хир. гепатол.* 2002. Т. 7. № 1. С. 97.
3. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // *Лечащий врач.* 2005. № 2. С. 16–18.
4. Тарасов О. Н. Щадящие методы лечения острого холецистита у лиц с высокой степенью операционно-анестезиологического риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Курск, 1999. 16 с.
5. Затевахин И. И., Магомедова Э. Г. Лечебная тактика при остром холецистите // *Рос. мед. журн.* 2005. № 4. С. 17–20.
6. Кузнецов Н. А., Бронтвейн А. Т., Аронов Л. С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // *Рос. мед. журн.* 2003. № 3. С. 19–22.
7. Баицлов В. П., Брехов Е. И., Малов Ю. Я., Василенко О. Ю. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // *Хирургия.* 2005. № 10. С. 40–45.
8. Jodice G., Giardiello C., Francica G. e. a. Single-step treatment of gallbladder and bile duct stones: a combined endoscopic-laparoscopic technique // *Gastrointest. Endosc.* 2001. Vol. 53. P. 336–338.
9. Strasberg S. M. Laparoscopic biliary surgery technique // *Ibid.* 1999. Vol. 28. P. 117–132.
10. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М., 1996. С. 18–20.
11. Галлингер Ю. И., Тимоуцук А. Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практ. руководство. М., 1994. С. 36–38.
12. McMahon A. A. e. a. Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystomy // *Br. J. Surg.* 1995. Vol. 82. P. 307.

Статья принята к печати 18 февраля 2009 г.