

Информация об авторах: 677000, г. Якутск, ул. Кулаковского, 48. АИЦ
Аньшакова Вера Владимировна — к.п.н., доцент, e-mail: anshakova_v@mail.ru
Шарина Анастасия Сергеевна — доцент, к.х.н., Каратаева Елена Владимировна — старший преподаватель,
Кершенгольц Борис Моисеевич — заведующий лабораторией, д.б.н., профессор.

© АЛЕКСЕЕВ А.М., БАРАНОВ А.И., СЕРЕБРЕННИКОВ В.В. — 2012
УДК 616.366-089.87

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Андрей Михайлович Алексеев¹, Андрей Игоревич Баранов², Вадим Викторович Серебрянников³
(¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н.,
проф. А.В. Колбаско; ²Городская клиническая больница №1, Новокузнецк, гл. врач — Д.Г. Данцигер)

Резюме. Проведено ретроспективное исследование медицинских документов больных, оперированных по поводу острого холецистита (ОХ), с использованием традиционных схем оперативного лечения и преимущественным применением малоинвазивных доступов. Установлено, что за наблюдаемый период увеличилось количество больных, прооперированных по поводу ОХ, на 9,6%. При сравнительной оценке констатировано, что удельный вес лиц, страдающих ОХ, преобладает в старшей возрастной группе. Более 50,0% больных — это пациенты старше 60 лет. Разработанная тактика преимущественного использования лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из мини-доступа позволила выполнить у 88,2% больных одномоментное радикальное оперативное лечение по поводу ОХ. При этом выявлены важные данные, что статистически значимо уменьшились летальность (до 2,2% случаев), количество послеоперационных осложнений (до 7,3%), а послеоперационный койко-день сократился.

Ключевые слова: острый холецистит, хирургическое лечение.

COMPARISON OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT IN ACUTE CHOLECYSTITIS

A.M. Alekseev¹, A.I. Baranov², V.V. Serebrennikov³
(¹Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, ²Novokuznetsk Municipal Clinical Hospital №1)

Summary. The retrospective study of medical records of patients operated for acute cholecystitis, using traditional patterns of surgical treatment and preferential use of less invasive approaches has been conducted. It has been established that during the observed period the number of patients, operated for acute cholecystitis, 9.6% increased. In comparative assessment it has been determined that the proportion of persons suffering from acute cholecystitis, predominates in the older age group. More than 50% of patients — are patients older than 60 years. The developed tactics of preferential use of laparoscopic cholecystectomy and cholecystectomy from mini— access allowed to perform one-stage radical surgery for acute cholecystitis in 88.2 % of patients. At the same time the significant data have been obtained: the mortality significantly reduced (2.2% of cases) as well as, the number of postoperative complications (up to 7.3%), and postoperative hospital stay was reduced.

Key words: acute cholecystitis, surgery.

Лечение больных с острым холециститом (ОХ) остается одной из самых актуальных проблем urgentной хирургии. Количество осложненных форм ОХ достигает 35 % случаев и не имеет тенденции к уменьшению [1]. В настоящее время около половины больных, поступающих в хирургический стационар с острым холециститом, подвергаются экстренным или срочным операциям, уступая по этому показателю лишь острому аппендициту [5, 8, 10]. Послеоперационная летальность при ОХ составляет 2-5% за счет высокой доли осложненных форм и после традиционной холецистэктомии [4].

Особенно высоко количество послеоперационных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями [2].

На многочисленных научных форумах обсуждается тактика и сроки хирургического лечения больных с ОХ. Выбор способа оперативного вмешательства (видеолапароскопия, минидоступ, лапаротомия) зависит от клинической ситуации, оснащенности и квалификации хирургов. Основным методом лечения остается холецистэктомия из лапаротомного доступа.

Использование малотравматичных операций, внедрение эндоскопических технологий привлекает специалистов к проблеме выбора наиболее рационального метода лечения ОХ [7]. Это особенно актуально в настоящее время, учитывая недостаточное количество сравнительных рандомизированных исследований в хирургии при желчнокаменной болезни и других нозологических формах [6, 9]. Тактика и методы лечения пациентов с ОХ за последние десятилетия перетерпели многочисленные изменения. До сих пор нет единого мнения в вопросе выбора лечения при ОХ.

Цель работы: оценить результаты лечения пациентов с ОХ путем преимущественного использования лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа.

Материалы и методы

За 2002-2004 г. по поводу ОХ прооперировано 407 пациентов, эти лица образовали 1-ю группу наблюдения. Среди них мужчин было 108 (26,5%), женщин — 299 (73,5%). Им выполнено 187 (45,9%) лапароскопических холецистэктомий, 159 (39,1%) традиционных холецистэктомий и 61 (15,0%) холецистостомия. Пациенты, оперированные по поводу ОХ в период 2007-2009 г., составили 2-ю группу (n=450). Мужчин было 122 (27,2%) человека, женщин — 328 (72,8%). Распределение по половому признаку в группах не было достоверным, составляя соотношение приблизительно 1 : 3. Возраст пациентов в обеих группах варьировал от 18 до 93 лет. Больным 2-й группы выполнено 257 (57,1%) лапароскопических холецистэктомий, 140 (31,1%) холецистэктомий из мини-доступа, 14 (3,1 %) традиционных холецистэктомий и 39 (8,7 %) холецистостомий. Выбор этих групп основан на том, что с 2005 г. в практику экстренной хирургии внедрена круглосуточная эндоскопическая неотложная хирургическая помощь, а с 2006 г. началось выполнение экстренных операций с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент» («Лига 7», Россия), предложенный М.И. Прудковым [3].

При лечении больных с ОХ в клинике применялась активно-индивидуальная тактика. При поступлении

Таблица 1

Осложнения острого холецистита

Осложнение острого холецистита	1-я группа (n=407)		2-я группа (n=450)	
	абс.	%	абс.	%
Околопузырный инфильтрат	28	6,9	43	9,6
Околопузырный абсцесс	7	1,7	11	2,4
Перфорация желчного пузыря	4	1,0	3	0,7
Перитонит	9	2,2	8	1,6
Механическая желтуха	13	3,2	17	3,8
Холангит	3	0,7	5	1,1
Наружный и внутренний желчный свищ	2	0,5	2	0,4
Всего	66	16,2	89	19,8
p=0,253				

пациента в стационар проводился комплекс консервативного лечения и предоперационное обследование. Показанием к оперативному лечению служило отсутствие положительной динамики от проведенной консервативного лечения и/или признаки острого деструктивного холецистита, основанные на следующих критериях: клиническая картина деструктивного холецистита; ультразвуковые признаки деструкции стенки желчного пузыря; сохраняющиеся воспалительные изменения в общем анализе крови. Выбор способа операции осуществлялся на основании тяжести состояния больного, которая оценивалась по классификация американской ассоциации анестезиологов — ASA (American Society of Anesthesiologists).

В 1-й группе больных при наличии I и II классах по классификации ASA выполнялась лапароскопическая холецистэктомия либо традиционная холецистэктомия лапаротомным доступом. При III, IV классах пациентам проводилось двухэтапное лечение: на первом этапе формировалась холецистостома, на втором осуществлялась холецистэктомия.

После внедрения в клинику новых методов неотложной хирургии преимущественно выполнялись малоинвазивные операции: лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа. Показаниями к традиционной холецистэктомии служили распространенный перитонит, интраоперационные осложнения при малоинвазивных холецистэктомиях. При тяжести состояния больных I-II классов по ASA предпочтение отдавалось лапароскопической холецистэктомии. Однако, если в ходе операции выявлялись выраженные воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, затрудняющие дифференцировку тканей, то производился переход на холецистэктомию из минидоступа. При тяжести состояния пациентов III класса проводилась холецистэктомия из минидоступа. При IV классе тяжести выполнялась холецистостомиа и последующем, на втором этапе, одна из малоинвазивных холецистэктомий.

Критериями сравнения в группах явились: гендерные и возрастные аспекты, способ операции, характеристика формы ОХ, наличие осложнений, оценка тяжести по ASA, сроки выполнения операций. Критериями оценки результатов в группах были: летальность, наличие послеоперационных осложнений, конверсия доступа, продолжительность послеоперационного койко-дня.

Таблица 2

Распределение больных по длительности заболевания

Длительность заболевания	1-я группа (n=407)		2-я группа (n=450)	
	абс.	%	абс.	%
До суток	82	20,1	97	21,6
24-72 часа	216	53,1	221	49,1
Более 3 суток	109	26,8	132	29,3
p=0,508				

При проведении исследования строго соблюдались права пациентов, включение в анализ производилось после письменного добровольного информированного согласия больного.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакета программ Statistical Package for the Social Science 13.0. Сравнительный анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

При анализе морфологических форм воспаления желчного пузыря, по данным патологоанатомического и макроскопического исследования, катаральная форма холецистита в 1-й группе диагностирована у 87 (21,4%) пациентов, флегмонозная — у 188 (46,2%), гангренозная — в 132 (32,4%) случаях. Во 2-й группе эти формы устанавливались соответственно в 111 (24,7%), 181 (40,2%) и 158 (35,1%) случаях. Таким образом, более 75% всех операций выполнены по поводу острого деструктивного холецистита (78,6% и 75,3% соответственно, $p>0,05$). Осложненное течение ОХ наблюдалось в 1-й группе у 66 (16,2%) больных, во 2-й — у 89 (19,8%) пациентов ($p>0,05$). Структура осложнений при ОХ представлена (табл. 1).

По тяжести состояния больные 1-й группы по классификации ASA распределились следующим образом: I класс тяжести установлен у 97 (23,8%) лиц, II — у 155 (38,1%), III — у 118 (29,0%), IV — у 32 (7,9%) и V класс констатирован у 5 (1,2%) пациентов. Во 2-й группе аналогичные показатели представлены таким образом: I класс определен у 62 (13,8%) больных, II — у 149 (33,1%), III — у 164 (36,4%), IV — у 63 (14,0%) и V класс тяжести выявлен у 12 (2,7%) пациентов. Наиболее часто у больных обеих групп отмечены болезни органов кровообращения (48,0%): гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, нарушение сердечного ритма, а также патология дыхательной системы (16,6%): ХОБЛ, пневмосклероз, дыхательная недостаточность.

Сроки с момента заболевания до поступления в хирургический стационар проиллюстрированы (табл. 2); они не отличались в исследованных группах пациентов с ОХ.

Установлено, что за 5 лет количество оперируемых больных с ОХ увеличилось на 9,6%, при этом констатировано преобладание лиц старшей возрастной категории с сопутствующей патологией, что ограничивало возможности проведения лапароскопических холецистэктомий.

Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы по полу, морфологическим формам, количеству осложненных форм ОХ и срокам от начала заболевания до госпитализации.

Интраоперационные осложнения в 1-й группе возникли у 14 пациентов. Кровотечение из культи пузырной артерии или ложа желчного пузыря выявлено у 12 (3,0%) больных, травма общего печеночного протока диагностирована у 2 (0,5%) человек при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Во 2-й группе травма общего печеночного протока также зафиксирована у 2 (0,4%) пациентов, которым выполнялись лапароскопические холецистэктомии, кровотечение из ложа желчного пузыря и культи пузырной артерии выявлено у 10 (2,2%) больных.

Послеоперационные осложнения выявлены у 37 (9,1%) и 22 (4,9%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно (табл. 3). Общее количество осложнений составило 51 (12,5%) и 33 (7,3%) случаев ($p<0,05$).

Конверсия доступа во 2-й группе осуществлена у 12 (2,7%) пациентов. Переход с лапароскопической холецистэктомии на мини-доступ проведен у 8 лиц. Причиной такого перехода был выраженный спаечный инфильтративный процесс: абсцесс и выраженный ин-

фильтрат в области шейки желчного пузыря. В одном случае выполнен переход на лапаротомию в связи с тем, что у пациента началось массивное кровотечение в области шейки желчного пузыря. Переход с холецистэктомии из мини-доступа на традиционную холецистэктомию выполнен у 3 пациентов. В 2 случаях причиной послужил спаечно-инфильтративный процесс и в одном — холедохо-дуоденальный свищ.

Конверсия в 1-й группе выполнялась с лапароскопической холецистэктомии на традиционную холецистэктомию в 8 (2,0%) случаях ($p > 0,05$). Причиной перехода явился воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря, кровотечение из пузырной артерии, перивезикальный абсцесс.

Количество летальных исходов среди больных 1-й группы составило 15 (3,7%). В 4 случаях причиной смерти стала тромбоэмболия легочной артерии, в 5 — острая сердечно-легочная недостаточность, в 3 — острое нарушение мозгового кровообращения и у 3 пациентов развился тяжелый желчный перитонит.

Во 2-й группе летальные исходы констатированы в 10 (2,2%) случаях ($p < 0,05$). Смерть наступила в 2-х случаях вследствие тромбоэмболии легочной артерии, у 3 больных констатирована острая сердечно-легочная недостаточность, у 2 — желчный перитонит и по одному случаю мезентериальный тромбоз, острое нарушение мозгового кровообращения, кровотечение и геморрагический шок.

Послеоперационные осложнения

Вид осложнения	1-я группа (n=407)		2-я группа (n=450)	
	абс.	%	абс.	%
Абсцесс подпечёночного пространства	7	1,7	3	0,7
Нагноение раны	9	2,2	5	1,1
Серома раны	7	1,7	3	0,7
Эвентрация	4	1,0	1	0,2
Железистечение	6	1,5	7	1,6
Панкреатит	4	1,0	3	0,7
p=0,022				

Более 70% летальных исходов в обеих группах установлены у пациентов старшей возрастной группы с тяжелой сопутствующей патологией, которым выполнена неотложная холецистостомия. После малоинвазивных холецистэктомий во 2-й летальные исходы установлены у 2 (0,2%) пациентов, в 1-й группе — после традиционной холецистэктомии в 4 (1,0%) случаях.

Средняя продолжительность послеоперационного пребывания больного на койке составила 14,8 и 11,3 койко-дня в 1-й и 2-й группах соответственно ($p < 0,05$). Следовательно, выздоровление наступало быстрее у лиц, наблюдавшихся во 2-й группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н. Бурчуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. — 2005. — №1. — С.43-48.
2. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2005. — №1. — С. 16-25.
3. Гальперин Э.И., Ветшева П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — 2-е изд. — М.: Издательский дом Видар-М, 2009. — 176 с.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. — 2001. — №9. — С. 30-34.
5. Еременко В.П., Майстренко Н.А., Нечай А.И., Стукало В.В. Гепатобилиарная хирургия. — СПб., 1999. — С. 23-27.
6. Пахомова Р.А., Селезов Е.А., Лоницаков С.В. и др. Тактика лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. //

Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). — 2007. — Т. 70. № 3. — С. 18-22.

7. Серова Е.В. Современный взгляд на проблему тактики ведения больных с острым калькулезным холециститом // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). — 2009. — Т. 89. № 6. — С. 25-28.

8. Шелест В.Л., Шелест А.П., Миронов В.И. Особенности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе. // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). — 2008. — Т. 80. № 5. — С. 59-62.

9. Bernard H. R., Hartman Th. W. Complications after laparoscopic cholecystectomy // Am. J. Surg. — 1993. — Vol. 165. — P. 533-535.

10. Grace P.A., Quereshi A., Coleman J., et al. Reduced postoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy // Br. J. Surg. — 1991. — Vol. 78, № 2. — P. 160-162.

Информация об авторах: г. Новокузнецк, пр-т Бардина, 28, тел.: (3843)796404, e-mail: dok_alekseev@mail.ru

Алексеев Андрей Михайлович — аспирант,
Баранов Андрей Игоревич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой,
Серебренников Вадим Викторович — к.м.н., ассистент кафедры.

© КОЛЕСНИКОВА Л.И., ДОЛГИХ В.В., БЕЛЯЕВА Е.В., ШЕНИН В.А., АЛЬБОТ В.В., АСТАХОВА Т.А. — 2012
УДК: 616-053.2 / 575.22

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В РЕАЛИЗАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Любовь Ильинична Колесникова¹, Владимир Валентинович Долгих¹, Елена Владимировна Беляева¹, Владимир Анатольевич Шенин¹, Вадим Владимирович Альбот², Татьяна Александровна Астахова¹

¹Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН г. Иркутск, директор — член-кор. РАМН, д.м.н. проф., Л.И.Колесникова;

²Иркутская областная детская клиническая больница, гл. врач — д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. В статье представлены результаты генотипирования образцов крови детей с гломерулонефритом и различным уровнем артериального давления по полиморфизму гена ACE методом полимеразной цепной реакции. Обнаружено, что в группе детей с гломерулонефритом и артериальной гипертензией наблюдается статистически значимое преобладание D аллеля и DD генотипа гена ACE, по сравнению с группой детей с гломерулонефритом без артериальной гипертензии и группой контроля. Показан высокий риск формирования артериальной гипертензии для детей с гломерулонефритом и генотипом DD по гену ACE.

Ключевые слова: симптоматическая артериальная гипертензия, ген ангиотензин-превращающего фермента (ACE).