

Г.Ф. Жигаев^{1, 2}, Е.В. Кривигина¹, М.П. Рябов^{1, 2, 3}**ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА**¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)² Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)³ Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Улан-Удэ)

Проведен анализ 96 пациентов с острым холециститом повышенного операционного риска. Им выполняли санационно-декомпрессионную пункцию желчного пузыря. Результаты лечения оценивались по специальным шкалам и таблицам. Доказано, что при данном лечении в сочетании с консервативным улучшается пассаж желчи и стихают воспалительные явления.

Ключевые слова: острый холецистит, пассаж желчи, оперативный риск

CHOOSE OF TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS OF HIGHER OPERATIVE RISKG.F. Zhigaev^{1, 2}, E.V. Krivigina¹, M.P. Ryabov^{1, 2, 3}¹ Buryat State University, Ulan-Ude² Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude³ Buryat Branch of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Ulan-Ude

We carried out the analysis of 96 patients with acute cholecystitis of of higher operative risk. They had sanation-decompression puncture of gallbladder. The results of the treatment were evaluated by special scales and tables. It was proved that at this treatment in combination with the conservative one bile passage is improved and inflammatory processes are decreased.

Key words: acute cholecystitis, bile passage, operative risk

ВВЕДЕНИЕ

Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66 % [1, 3]. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам, т.е. это пациенты с выраженной системной патологией, потерей трудоспособности, требующие постоянного лечения.

В настоящее время в лечении острого холецистита «золотым стандартом» считается лапароскопическая холецистэктомия. Однако следует учитывать, что состояние больных группы повышенного риска осложняется развивающимися метаболическими нарушениями на фоне имеющихся тяжёлых системных расстройств [2, 4], хирургическое вмешательство с учётом негативного влияния пневмоперитонеума резко повышает риск операции; любая радикальная операция выполняется под наркозом. Летальность при выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает 45,1 % [5, 6].

В настоящее время одним из способов избежать крайне рискованного оперативного вмешательства, выполняемого под общей анестезией, и при этом по возможности быстро купировать воспалительный процесс является применение чрескожной чреспечёночной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью

декомпрессии и санации желчного пузыря. У особо тяжёлых больных с выраженными кардиопульмонарными нарушениями, с системными заболеваниями рядом авторов он рассматривается как самостоятельный метод лечения.

Важно учитывать, что клиническая картина острого холецистита у больных с системными нарушениями стертая. Лабораторные данные часто неадекватно отражают истинную картину воспаления, а излишнее промедление при оказании хирургической помощи может привести к деструкции стенки желчного пузыря, нарастанию интоксикации и развитию полиорганной недостаточности. Следовательно, для постановки точного диагноза и обоснованного выбора тактики лечения необходима объективная оценка не только распространенности воспалительного процесса и степени деструктивных изменений стенки желчного пузыря, но также тяжести состояния больного и риска возможных интра- и послеоперационных осложнений. В решении этого вопроса может помочь применение интегральных шкал, определяющих тяжесть состояния больных, объективизирующих операционный риск.

Цель настоящей работы — определение операционного риска и обоснование показаний к пункционному лечению острого холецистита, оценка результатов лечения у больных повышенного риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 96 пациентов, которые поступили в Республиканскую клиническую больни-

цу им. Н.А. Семашко с 2002 по 2009 гг. в экстренном порядке с диагнозом «острый холецистит». Средний возраст больных составил $64,5 \pm 4,72$ года, соотношение мужчин и женщин — 1 : 3. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были заболевания сердечно-сосудистой системы: ИБС — у 9, гипертоническая болезнь III стадии — у 89, стенокардия II–III ФК — у 9, постинфарктный кардиосклероз — у 33, мерцательная аритмия — у 16. Также встречались такие заболевания, как бронхиальная астма — у 18, перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения — у 12, коагулопатии — у 9, сахарный диабет — у 27. При этом следует отметить, что у 94,5 % больных отмечалась сочетанная патология.

Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства нами использовались две интегральные шкалы. Шкала SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) — балльная оценка 15 худших физиологических параметров за последние 24 ч, на основе которой можно рассчитывать предположительный риск смерти. Шкала POSSUM (Physiologic and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) — балльная шкала, используемая для проспективной и ретроспективной оценки операционного риска, исходов операций и вероятности развития осложнений раннего послеоперационного периода.

Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клинико-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которое выполнялось в течение первых 2–3-х суток. В динамике оценивались следующие УЗ-параметры: размеры желчного пузыря (объем и поперечный размер желчного пузыря); наличие, расположение, размер и подвижность конкрементов в желчном пузыре, пузырном протоке и общем желчном протоке; состояние стенки желчного пузыря (толщина, слоистость, отечность); состояние паравезикальной клетчатки (наличие отека, инфильтрата, абсцесса).

Всем 96 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Его объем был стандартным и включал в себя инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, а также терапию по сопутствующим заболеваниям, которую начинали проводить сразу после поступления больных в стационар. Из них 49 пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В среднем больные поступали в стационар более чем через 2 суток от начала заболевания. У всех больных при объективном осмотре определялись признаки острого холецистита, при этом симптомов разлитого перитонита не отмечалось, что давало нам возможность воздержаться от экстренной операции и начать консервативную терапию. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. Количество лейкоцитов периферической крови в среднем составляло $(12,9 \pm 1,4) \times 10^9/\text{л}$. Незначительное повышение билирубина до $28,4 \pm 2,51$ мкмоль/л отмечалось за счёт непрямой фракции, что говорило в первую очередь об интоксикационном характере билирубинемии.

При оценке интегральных показателей тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства получили следующие данные (табл. 1).

Из представленных данных видно, что больные являются прогностически опасными в плане развития осложнений. При оценке по SAPS-II мы получили сумму баллов $23,7 \pm 4,69$, и, как следствие, ожидаемая летальность составила $8,51 \pm 3,98$ %. Оценивая возможную послеоперационную летальность по шкале POSSUM, мы получили схожие результаты — $6,92 \pm 3,01$ %, а послеоперационные осложнения могли развиваться в $37,2 \pm 4,87$ %.

Наряду с оценкой клинической картины и лабораторных показателей, особое внимание в диагностике и постановке показаний к хирургическому лечению острого холецистита мы уделяем динамическому ультразвуковому исследованию. При УЗИ, выполненном в первые сутки от момента поступления, объем желчного пузыря составил в среднем $98,6 \pm 7,4$ мл. Поперечный размер был больше нормы и составил $5,5 \pm 0,4$ см. Толщина стенки желчного пузыря в среднем равнялась $7,8 \pm 0,8$ мм. Слоистость стенок отмечалась в 84,7 % случаев. Отек, инфильтрат или полоска жидкости в околпузырной клетчатке выявлены в 8,3 % исследований, множественные подвижные мелкие конкременты — в 49,7 %, а вклиненный в шейку желчного пузыря конкремент явился причиной развития острого холецистита у 22,6 % пациентов.

По результатам контрольного УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут. после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (38 пациентов) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря — уменьшение объема до $79,7 \pm 8,1$ мл, поперечного размера — до $4,4 \pm 0,6$ см и толщины стенок — до $5,5 \pm 0,5$ см желчного пузыря. Сло-

Таблица 1
Интегральные показатели тяжести состояния больных с острым холециститом по шкале SAPS-II и POSSUM ($M \pm m$)

SAPS -II		POSSUM	
Сумма баллов	Летальность, %	Послеоперационная летальность, %	Послеоперационные осложнения, %
$23,7 \pm 4,69$	$8,51 \pm 3,98$	$6,92 \pm 3,01$	$37,2 \pm 4,87$

истость стенок отмечалась у 31 % больных. При оценке клинко-лабораторных показателей также отмечалось их улучшение.

Во 2-й группе (58 пациентов) не только не было улучшения, а даже иногда ухудшалась ультрасонографическая картина, что выражалось в среднем увеличении объема желчного пузыря до $112,6 \pm 8,1$ мл и его поперечного размера — до $5,9 \pm 0,6$ см. Изменения в паравезикальной клетчатке определялись у 10 % больных. При этом изменения данных УЗИ не всегда соответствовали динамике клинко-лабораторных показателей пациентов в этой группе. 51,6 % больных субъективно отмечали улучшение состояния, снижались лабораторные показатели интоксикации.

Важно отметить, что именно во 2-й группе у 74,2 % больных, по данным УЗИ, лоцировался неподвижный конкремент в области шейки желчного пузыря, в то время как положительная динамика на фоне консервативной терапии была достигнута у 71,8 % пациентов, когда в полости желчного пузыря наблюдались мелкие подвижные конкременты.

У больных 1-й группы, у которых при проведении консервативной терапии отмечались улучшение состояния, нормализация клинко-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, ограничивались консервативной терапией.

Ухудшение ультрасонографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 48 пациентов. У них, помимо консервативной терапии, применялись санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря под контролем УЗИ.

Из 48 пациентов пункционный метод лечения оказался эффективным у 38. Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. При сохранении ультрасонографических признаков острого холецистита ставим показания к повторной пункции. Так, 15 пациентам пункции выполнялись многократно (от 2 до 7 раз). 8 больных после выполнения пункции желчного пузыря под УЗ-контролем были оперированы. Трижды показанием к экстренной операции послужило присутствие геморрагического экссудата в желчи, что позволило заподозрить некроз слизистой оболочки желчного пузыря. Выполнена традиционная холецистэктомия, а по результатам гистологического исследования подтвержден диагноз острого гангренозного холецистита. У 4 пациентов показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и у одного — некупирующийся болевой синдром.

Умерли двое, летальность составила 2 %. Они поступили в тяжелом состоянии. Двоим из них лишь однократно удалось выполнить пункционную санацию желчного пузыря на фоне консервативной терапии. Смерть их наступила в течение 1-х суток с момента поступления в стационар. Один больной был экстренно оперирован через 2 ч после пункции, во время которой была получена

мутная желчь с геморрагическим компонентом. На операции — гангренозный холецистит. Больной умер через 1 сут. после оперативного вмешательства. Причина смерти у всех пациентов — острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне интоксикации.

Полученные нами результаты обследования и лечения острого холецистита у больных повышенного операционного риска свидетельствуют о том, что тактика их лечения зависит от результатов клинко-инструментального обследования не только при поступлении, но и в динамике. Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития как общих, так и местных послеоперационных осложнений, заставляют на начальном этапе воздерживаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов, будь то традиционная, лапароскопическая холецистэктомия или удаление желчного пузыря из мини-доступа. У таких больных лечение должно быть начато с консервативных мероприятий, включающих в себя антибактериальную и инфузионно-детоксикационную терапию. Однако объем инфузионной терапии, как правило, ограничен из-за сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Важнейшую роль в определении тактики лечения играет динамическое ультразвуковое наблюдение за состоянием желчного пузыря. Улучшение ультрасонографической картины на фоне проводимой консервативной терапии в течение первых 2 сут., т.е. уменьшение размеров желчного пузыря, снижение слоистости и отёчности его стенки, даёт возможность продолжать консервативное лечение. Отсутствие же положительной динамики при УЗИ, даже при условии субъективного улучшения состояния, является грозным признаком и требует более агрессивной тактики. Для больных с повышенным операционным риском наиболее приемлемы санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря, которые могут быть выполнены без применения общей анестезии. При этом решаются две основные задачи — диагностическая и лечебная. На диагностическом этапе оценивается характер полученной желчи. Наличие прозрачной желчи является наиболее прогностически благоприятным фактором, получение мутной желчи с хлопьями фибрина требует, как правило, повторных санаций желчного пузыря. А примесь геморрагического экссудата в желчи, по нашему опыту и ретроспективной оценке полученных результатов, свидетельствует о выраженном деструктивном процессе в стенке желчного пузыря. Это исключает дальнейшее пункционное и консервативное лечение и является показанием к экстренной холецистэктомии. Лечебные задачи, решаемые при пункции, — это эвакуация инфицированной желчи, декомпрессия желчного пузыря и, по возможности, восстановление притока и оттока желчи. Наиболее наглядно это происходит при окклюзионном холецистите, когда в результате промывания раствором антисептика конкремент из шейки мигрирует в просвет пузыря, давая от-

ток желчи. В шприц при этом начинает поступать чистая желчь. Важно отметить, что у всех больных, которым при выполнении пункции удалось «разблокировать» желчный пузырь, пункционное лечение оказалось эффективным.

Важно отметить, что почти в $\frac{3}{4}$ наблюдений отрицательная динамика при УЗИ отмечалась у больных с обтурирующим конкрементом. Мы считаем, что если при первичном УЗИ лоцируется неподвижный конкремент в шейке желчного пузыря, то лечебно-диагностическая пункция должна выполняться в течение 1-х суток после поступления больного в стационар, поскольку дальнейшее проведение консервативной терапии на фоне нарушения оттока желчи из пузыря, повышения внутрипузырного давления и нарушения микроциркуляции в стенке пузыря не будет эффективным.

ВЫВОДЫ

1. Интегральные шкалы SAPS-II и POSSUM позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выборе метода лечения острого холецистита.

2. Ухудшение ультразвукографической картины при контрольном УЗИ желчного пузыря, даже при клиническом улучшении состояния пациента, является показанием к хирургическому лечению, которое надо начинать с санационно-декомпрессионной пункции под контролем УЗИ.

3. Примесь геморрагического экссудата в желчи, полученной при санационно-декомпрес-

сионной пункции желчного пузыря, является признаком развития необратимых деструктивных изменений в стенке пузыря, поэтому показана экстренная холецистэктомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барабой В.А. Механизм стресса и перекисное окисление липидов // Успехи соврем. биологии. — 1991. — Т. 111, № 6. — С. 923–931.
2. Велиев Н.А., Агаев И.Н., Малков И.С. Развитие дуоденогастрального рефлюкса в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения осложненных пилородуоденальных язв // Казан. мед. журнал. — 2003. — Т. 84, № 3. — С. 174–177.
3. Ветшев П.С., Ночтев П.В. Постхолецистэктомический синдром — миф или реальность? // Хирургия. — 2005. — № 3. — С. 59.
4. Ковалева Н.Б., Гулина Е.В., Герасимова В.Б. Возможности антихеликобактерной терапии в лечении воспалительных и эрозивно-язвенных заболеваний гастродуоденальной зоны, а также профилактики опухолевых изменений в желудке // Педиатрия. — 2002. — № 2 (Прил.). — С. 55–59.
5. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шутьгин В.А. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вест. хирургии. — 2002. — Т. 161, № 1. — С. 23–29.
6. Омаров Р.А., Бейшенбаев Р.К. Функциональное состояние желчевыводящих протоков и их сфинктеров в ближайшем и отдаленном периоде // Хирургия. — 2005. — № 5. — С. 28.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, консультант Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670047, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, тел.: 8 (3012) 23-36-24).

Кривигина Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко.

Рябов Михаил Петрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ, консультант Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко.