

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.366-002-089

Д.Ю.Семёнов, Е.Н.Смолина, В.В.Васильев, А.А.Ребров, М.Э.Мамсуров

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОВЫШЕННОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Д.Ю.Семёнов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: острый холецистит, пункционное лечение, больные повышенного риска, интегральные системы оценки состояния больного.

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. Больные, которые относятся к V классу по ASA, могут погибнуть без хирургической операции в течение ближайших 24 ч.

В настоящее время в лечении острого холецистита «золотым стандартом» считается лапароскопическая холецистэктомия. Однако следует учитывать, что, во-первых, состояние больных группы повышенного риска осложняется развивающимися при остром воспалении метаболическими нарушениями на фоне имеющихся тяжёлых системных расстройств [3, 10, 11]. Во-вторых, хирургическое вмешательство с учётом негативного влияния пневмоперитонеума резко повышает риск операции [2, 19], а холецистэктомия же из мини-доступа при остром холецистите не нашла широкого применения в связи с невозможностью выполнения адекватной ревизии брюшной полости. В-третьих, любая радикальная операция выполняется под наркозом. Летальность при выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает, по данным некоторых авторов, 45,1% [2, 7, 8].

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 чреспечёчной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью декомпрессии и санации желчного пузыря [5, 6, 13, 14]. У особо тяжёлых больных с выраженными кардиопульмонарными нарушениями, с системными заболеваниями рядом авторов [8, 9, 14, 15, 18, 20] 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 в оказании хирургической помощи может привести к деструкции стенки желчного пузыря, нарастанию интоксикации и развитию полиорганной недостаточности [4, 10, 19]. 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 [12, 13, 18]. 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.

Материал и методы. Нами обследованы 118 пациентов, которые поступили в клинику общей хирургии с 1998 по 2007 г. в экстренном порядке с диагнозом «острый холецистит». Все больные, включённые в исследование, по шкале ASA, оценивающей их физическое состояние, относились к IV и V классу. При этом к IV классу по ASA относились 110 пациентов, к V классу — 8. Средний возраст больных составил $(76,3 \pm 6,3)$ года, соотношение мужчин и женщин — 1:2,4. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были заболевания сердечно-сосудистой системы: ИБС (у 108), гипертоническая болезнь III стадии (у 98), стенокардия II–III ФК (у 108), постинфарктный кардиосклероз (у 54), мерцательная аритмия (у 32). Также встречались такие заболевания, как бронхиальная астма (у 23), перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения (у 22), коагулопатии (у 19) и сахарный диабет (у 33). 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 рассчитать предположительный риск смерти [16]. 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 [15].

Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клинико-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которое выполнялось в течение первых 2–3 сут. В динамике оценивались следующие УЗ-параметры: размеры желчного пузыря (объём 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 118 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Его объём был стандартным и включал в себя инфузионную, спазмолитическую и антибактериальную терапию, а также терапию по сопутствующим заболеваниям, которые начинали проводить сразу после поступления больных в стационар. Из них 60 пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ. Пункции желчного пузыря проводили под местной анестезией с премедикацией чрескожно и чреспеченочно иглами 18–22 G с наружным диаметром не более 1,1 мм.

Результаты и обсуждение. В среднем больные поступали в стационар через $(62,3 \pm 5,8)$ ч, т.е. более чем через 2 сут 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. Значительного повышения температуры тела у обследованных больных не было, в среднем она составила $(37,3 \pm 1)$ °C. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. Количество лейкоцитов периферической крови в среднем равнялось $(13,5 \pm 1,4) \times 10^9/\text{л}$. Незначительное повышение билирубина до $(24,5 \pm 2,4)$ 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).

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, %
27,3±5,3	9,8±4,9	8,2±2,9	49,2±5,9

Из представленных данных видно, что больные являются тяжёлыми и прогностически опасными в плане развития осложнений. При оценке по SAPS-II мы получили сумму баллов $27,3 \pm 35,3$ и, как следствие, ожидаемая летальность составила $(9,8 \pm 4,9)\%$. Оценивая возможную послеоперационную летальность по шкале POSSUM, мы получили схожие результаты — $(8,2 \pm 2,9)\%$, а послеоперационные осложнения могли развиваться в $(49,2 \pm 5,9)\%$. Данные результаты объясняют нашу сдержанность в отношении выполнения холецистэктомии этим больным при отсутствии перитонеальных симптомов.

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, объём 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 околопузырной клетчатке выявлены в 5,2% исследований, множественные подвижные мелкие конкременты — в 52,5%, а вклиненный в шейку желчного пузыря конкремент явился причиной развития острого холецистита у 47,5% пациентов.

По результатам контрольного УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 сут после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (58 пациентов) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря — уменьшение объема ($79,7 \pm 8,1$) мл, поперечного размера ($4,4 \pm 0,6$) см и толщины стенок ($5,5 \pm 0,5$) см желчного пузыря. Слоистость стенок отмечалась у 31% больных. При оценке клинко-лабораторных показателей также отмечалось их улучшение.

Во 2-й группе (60 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 уже 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. Результаты приведены в табл. 2.

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.

В лечении 58 пациентов, у которых при проведении консервативной терапии отмечались улучшение состояния больных, нормализация клинко-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, мы ограничивались консервативной терапией.

Мы крайне важным считаем выполнение УЗИ в динамике. Даже при наличии улучшения субъективного состояния, уменьшения болевого

синдрома и улучшения лабораторных показателей отрицательная динамика при УЗИ является показанием к более активной хирургической тактике. Ухудшение ультрасонографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 60 пациентов. У них в лечении острого холецистита, помимо консервативной терапии, применялись санационно-декомпрессионные пункции желчного пузыря под контролем УЗИ.

Из 60 пациентов пункционный метод лечения оказался эффективным у 50. Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Важно отметить, что на следующий день после выполнения пункции всегда повторяем УЗИ. При сохранении ультрасонографических признаков острого холецистита ставим показания к повторной пункции. Так, 18 пациентам пункции выполнялись многократно (от 2 до 7 раз). 10 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 6 пациентов показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и у одного — некупирующийся болевой синдром. У всех 10 больных при УЗИ лоцировался крупный конкремент, вклиненный в шейку желчного пузыря. Все они после операции были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Из 60 больных умерли трое, т.е. летальность составила 5%. Они поступили в тяжелом состоянии. Двоим из них лишь однократно удалось выполнить пункционную санацию желчного пузыря на фоне консервативной терапии. Смерть

Таблица 2

Результаты динамического УЗИ брюшной полости

Показатели	При поступлении (118 больных)	Первые сутки после поступления	
		1-я группа, n=58	2-я группа, n=60
Объем, мл	$98,6 \pm 7,4$	$79,7 \pm 8,1$	$112,6 \pm 8,1$
Поперечный размер, см	$5,5 \pm 0,4$	$4,4 \pm 0,6$	$5,9 \pm 0,6$
Толщина стенки, мм	$7,8 \pm 0,8$	$5,5 \pm 0,5$	$8,0 \pm 0,5$
Слоистость стенок, %	84,7	31	85
Паравезикальные изменения, %	5,2	Нет	10
Множественные подвижные конкременты, %	52,5	71,8	28,2
Неподвижный конкремент в шейке желчного пузыря, %	47,5	25,8	74,2

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 клинико-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 терапии. Однако объём 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 пузы-

ря. 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 отток 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, ибо дальнейшее проведение консервативной терапии на фоне нарушения оттока желчи из пузыря, повышения внутривульварного 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 ультрасонографической 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. При выявлении обтурирующего конкремента в шейке желчного пузыря у больных повышенного риска, наряду с консервативной терапией, в ранние сроки должны применяться пункции для декомпрессии желчного пузыря и попытки восстановления нормального пассажа желчи.

4. Примесь геморрагического экссудата в желчи, полученной при санационно-декомпрессионной пункции желчного пузыря, является признаком развития необратимых деструктивных изменений в стенке пузыря, поэтому показана экстренная холецистэктомия.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста // Хирургия. — 1998. — № 4. — С. 25–29.

2. Бычков С.А., Хворостов Е.Д., Лебедь И.М. и др. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы // Анн. хир. гепатол.—2002.—№ 1.—С. 93–94.
3. Васильев В.Е., Перунов А.В. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consilium medicum.—2001.—№ 6.—С. 279–284.
4. Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Цилиндз И.Т. Тактика хирурга при лечении больных ЖКБ с высоким операционным риском // Анн. хир. гепатол.—2002.—№ 1.—С. 97–98.
5. Кузнецов Е.П. Эхоконтролируемые декомпрессионно-санационные пункции желчного пузыря в этапном лечении острого холецистита у больных с отягощенным статусом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Ижевск, 1998.—24 с.
6. Логвиненко А.А., Баумейстер В.А., Гильгенберг В.А. и др. Пункция и дренирование желчного пузыря как первый этап хирургического лечения при острых холециститах // Радиология на рубеже тысячелетий.—Астана, 2000.—С. 67–69.
7. Майстренко Н.А., Шейко С.Б., Стукалов С.В., Чумак Р.А. Программное лечение острого холецистита // 8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сб. тезисов.—М., 2004.—С. 190–192.
8. Мальчиков А.Я., Мейтис В.В. Корюков А.Н. и др. Изменения локальной и системной гемопульсомотородинамики при лапароскопических операциях в условиях пневмоперитонеума // Там же.—С. 198–199.
9. Мирошников Б.И., Балабушкин И.А., Светловидов В.В. Чрескожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхографии при остром холецистите // Вестн. хир.—1993.—№ 3–4.—С. 18–21.
10. Поташов Л.В. Некоторые особенности течения острых хирургических заболеваний у пожилых и стариков // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.—1998.—№ 1.—С. 68–71.
11. Протасов А.А., Соловейчик А.С., Иванова Г.П. и др. Анализ результатов оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста // Учен. записки СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.—1999.—№ 3.—С. 162–163.
12. Сандаков П.Я., Самарцев В.А., Зубарева Н.А. Хирургическое лечение холелитиаза у больных с высоким операционным риском // Анн. хир. гепатол: Материалы IX Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.—СПб., 2002.—№ 1.—С. 147.
13. Adedeji O.A., McAdam W.A. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people // J. Royal College of Surgeons of Edinburgh.—1996.—Vol. 41, № 2.—P. 88–89.
14. Braun U., Gerber D. Percutaneous ultrasound-guided cholecystocentesis in cows // Am. J. Vet. Res.—1992.—Vol. 53, № 7.—P. 1079–1084.
15. Copeland G.P. et al. POSSUM: a scoring system for surgical audit // Br. J. Surg.—1991.—Vol. 78.—P. 356.
16. Gillams A., Curtis S.C., Donald J. et al. Technical considerations in 113 percutaneous cholecystolithotomies // Radiology.—1992.—Vol. 183, № 1.—P. 163–166.
17. Le Gall J.R. et al. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a Europ. North Amer. multicenter study // JAMA.—1993.—Vol. 270.—P. 2957–2963.
18. Mizumoto H., Takara K., Suzuki Y. et al. Treatment of acute cholecystitis by direct-puncture bile aspiration with ultrasound-image control // Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.—1992.—Vol. 89, № 1.—P. 61–67.
19. Poggio J.L., Rowland C.M., Gores G.J. et al. A comparison of laparoscopic and open cholecystectomy in patients with compensated cirrhosis and symptomatic gallstone disease // Surgery.—2000.—Vol. 127, № 4.—P. 405–411.
20. Verbanck J.J., Demol J.W., Ghillebert G.L. et al. Ultrasound-guided puncture of the gallbladder for acute cholecystitis // Lancet.—1993.—Vol. 341, № 8853.—P. 1132–1133.

Поступила в редакцию 17.10.2008 г.

D.Yu.Semenov, E.N.Smolina, V.V.Vasiliev, A.A.Rebrov, M.E.Mamsurov

DECISION ON THE STRATEGY OF TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN HIGH OPERATIVE RISK PATIENTS

Based on their personal experience with treatment of 118 patients the authors consider that sanitation-decompression percutaneous-transhepatic punctures of the gallbladder under US control can be used for arresting the inflammation process. The integral scales SAPS-II and POSSUM allow identification of groups of patients with high operative risk. The strategy of treatment depends on both the state of the patient and results of USI. The detection of an obturating concrement in the gallbladder neck requires punctures for decompression of the gallbladder and attempts to reestablish normal bile passage in addition to conservative therapy at early terms.