

© Н.К.Пастухова, Д.Н.Бойко, 2007  
УДК 616.366-002.4-053.9-06:[616.381-002+616.157-078]-08

Н.К.Пастухова, Д.Н.Бойко

## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии и курсом ухода за хирургическим больным  
(зав. — проф. М.П.Королёв) Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

**Ключевые слова:** острый холецистит, деструктивный холецистит, синдром системной воспалительной реакции, эндотоксикоз, полиорганная недостаточность.

**Введение.** Проблема абдоминального сепсиса по-прежнему не теряет своей актуальности. Смертность среди пациентов старше 60 лет чаще обусловлена тяжелой сопутствующей патологией и септическими осложнениями.

Цель работы — улучшение лечения больных старше 60 лет с деструктивной патологией желчного пузыря, осложненной сепсисом и тяжелой сопутствующей патологией.

Задачи исследования:

- 1) оценить клинико-лабораторные критерии и произвести интегральную оценку тяжести состояния больного;
- 2) определить вероятные причины развития синдрома системной воспалительной реакции и прогностические критерии его развития;
- 3) оптимизировать объем необходимых лечебных мероприятий;
- 4) разработать алгоритмы оказания медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Исследуемую группу составили 242 пациента с деструктивными формами острого холецистита: мужчин — 56 (23,14%), женщин — 186 (76,86%). Возраст — от 60 до 93 лет. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца 212 человек — 87,6%, гипертоническая болезнь — 117 (48,35%), сахарный диабет — 35 (14,46%), хронические заболевания почек без хро-

нической почечной недостаточности (ХПН) — 19 (7,8%), заболевания органов дыхания — 27 (11,16%), ожирение III степени — 24 (9,92%), прочие — 3 (1,24%). Сочетание патологии наблюдалось у 65% пациентов. При обследовании больного обращали внимание на жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра. У пациентов наиболее часто встречалось вялое, малосимптомное развитие воспаления, более сложное для объективной оценки.

В зависимости от выраженности местных проявлений и тяжести состояния больные распределились на 2 группы:

1-я — с явными признаками деструктивного холецистита, разлитого перитонита и проявлениями органной или полиорганной недостаточности;

2-я — больные с острым холециститом, с различной степенью выраженности местных проявлений, направляемые в хирургическое отделение для консервативного лечения.

Для определения перспектив в ведении больных, анализа результатов работы, объективного прогноза развития заболевания мы стремились выразить тяжесть состояния больных методами математического анализа. Использовались диагностико-прогностические индексы и шкалы. Наиболее информативными для такой оценки у больных оказались шкалы SOFA, SAPS, APACHE-II, MODS (табл. 1), В.В.Чаленко.

Перед началом лечения больные обследованной группы с позиций большинства диагностико-прогностических индексов и шкал характеризовались как группа пациентов с выраженной эндогенной интоксикацией, органными и системными дисфункциями и достаточно серьезным, а иногда и неблагоприятным прогнозом (табл. 2).

У больных при поступлении имелось достоверное снижение гемоглобина и эритроцитов, что при отсутствии кровотечения можно интерпретировать как реакцию организма на воспалительный септический процесс. Обращает на себя внимание значительный лейкоцитоз, повышение ЛИИ, гипопротейнемия, гипербилирубинемия, повышение креатинина,

Таблица 1

Исходные значения интегральных прогностических шкал

Контингент изучаемых	SAPS-II	APACHE-II	SOFA	MODS	В.В.Чаленко	Шкала Глазго
Норма	12	3	0	0	11	15
Больные	36	15	4	3	21	13

Таблица 2

## Исходные показатели исследуемой группы больных

Показатель	Норма	Число больных	Критерий Стьюдента
Гемоглобин, г/л	125–155	106,02±1,45	<0,01
Эритроциты, ×10 <sup>12</sup> /л	3,7–5,0	3,01±0,04	<0,01
Лейкоциты, ×10 <sup>9</sup> /л	4,2–6,0	14,13±0,44	<0,01
ЛИИ, у. е.	1,0±0,5	8,48±0,78	<0,01
Общий белок, г/л	64–83	58,64±0,46	<0,05
Билирубин, мкм/л	5,8–20,5	25,62±2,41	<0,05
Мочевина, мм/л	2,5–9,2	11,12±0,58	<0,05
Креатинин, мкм/л	53–115	156±20	<0,05
МСМ254, ед. опт. пл.	0,280±0,080	0,491±0,023	<0,05
МСМ280, ед. опт. пл.	0,263±0,010	0,548±0,031	<0,05
Время свертывания крови по Ли-Уайту, мин	10±0,05	6,08±0,47	<0,05
Рекальцификация, с	100,77±7,8	137,96±7,9	<0,05
ПТИ, %	90±5	75,39±1,15	<0,05

мочевины и концентрации молекул средней молекулярной массы в венозной крови. Таким образом, клинико-биохимические показатели свидетельствовали о наличии у больных выраженного эндотоксикоза. При анализе коагулограммы обнаружено, что у пациентов имеет место уменьшение времени свертывания, протромбинового индекса, увеличение времени рекальцификации, что свидетельствует о проявлении гиперкоагуляционной фазы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания при сепсисе. Также у пациентов с сопутствующей патологией — ишемической болезнью сердца — имело место достоверное увеличение спонтанной агрегации тромбоцитов и повышение фактора Виллебранда (ФВ). Если у здоровых пациентов коэффициент агрегации тромбоцитов составляет 0,88±0,01, а уровень ФВ 0,049±0,009 ед. экст., то у наших больных соответственно 0,78±0,02 и 0,132±0,009 ед. экст. (p<0,02 и p<0,01). Отмечено существенное повышение жесткостных свойств эритроцитов от нормы 0,64±0,02, до 0,89±0,01 (p<0,001). Эти изменения свидетельствуют о нарушениях в тромбоцитарном и эритроцитарном звеньях гемостаза и ухудшении реологии крови.

Диагноз острого холецистита, осложненного разлитым перитонитом, служил абсолютным показанием к неотложной операции после кратковременной предоперационной подготовки. 48 (19,83%) пациентов оперированы в 1-е сутки от момента поступления. 194 (80,17%) пациента были оперированы через (3±1,68) дня от поступления. Их лечение начиналось с консервативной терапии, направленной на купирование воспалительного процесса и эндотоксикоза.

Отсутствие положительной динамики являлось показанием к активной хирургической тактике. Операция — традиционная холецистэктомия — выполнялась в условиях современной многокомпонентной эндотрахеальной анестезии с миорелаксацией. В послеоперационном периоде 111 (45,87%) пациентов проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии. Им проводилась комплексная противовоспалительная и инфузионно-трансфузионная терапия.

**Результаты и обсуждение.** Осложнения, выявленные у пациентов с острым холециститом, непосредственно влияющие на исход заболеваний:

1) синдром полиорганной недостаточности — 16 пациентов — 6,61%;

2) другие осложнения выявлены у 213 пациентов — 88,02%: перитонит — 15,7%, абсцесс брюшной полости — 13,22%, острая дыхательная недостаточность — 11,98%, острая печеночная недостаточность (ОПН) — 3,7%, острая печеночно-почечная недостаточность (ОППН) — 11,57%;

3) без осложнений пролечено 13 больных — 5,37%.

При анализе историй болезни пациентов выявлено, что по проявлению синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) больные распределились следующим образом: ССВР — 13 (5,37%) пациентов; сепсис — 190 пациентов (78,51%); тяжелый сепсис — 16 пациентов (6,61%); септический шок — 23 (9,5%) пациента.

По степени воспаления желчного пузыря следующим образом: 229 (94,63%) человек — с деструктивными формами: флегмона — у 121 (50,0%), гангрена — у 72 (29,75%), эмпиема — у 36 (14,88%); без деструкции — 13 (5,37%) человек.

В результате лечения отмечалось достоверное снижение лейкоцитоза, значительное достоверное понижение ЛИИ и молекул средней массы, что отражает уменьшение эндотоксемии (табл. 3).

Средние сроки лечения больных оперированных в 1-е сутки от поступления, составили (22,1±1,3) койко-дня, средняя длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии — (8,6±1,3) дня. Из этой группы пациентов умерли 10 (20,8%) человек. Все умершие пребывали в состоянии септического шока. Из

Таблица 3

**Динамика клинических и лабораторных показателей в процессе интенсивной терапии (M±m)**

Показатель	Исходные значения	5 дней после операции	p
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	14,64±0,45	9,18±0,16	<0,005
ЛИИ, у. е.	8,02±0,99	4,12±0,25	<0,005
МСМ254, ед. опт. пл.	0,515±0,010	0,350±0,02	<0,005
МСМ280, ед. опт. пл.	0,577±0,033	0,390±0,019	<0,005

2-й группы умерли 13 человек (6,7%). При подсчете сроков лечения в зависимости от результатов оказалось, что у выписанных впоследствии больных средний койко-день составил (18,7±1,4) дня, а у умерших впоследствии — (12,6±1,0) день. Сроки пребывания в отделениях реанимации и интенсивной терапии в этих подгруппах составили: при благоприятном исходе — (6,5±1,4) дня, а при неблагоприятном — (5,8±1,0) день.

**Выводы.** 1. При скудности клинических симптомов острого холецистита гнойный процесс во многих случаях был очень обширным и нередко выявлялся лишь при резком ухудшении состояния больного.

2. Совокупность даже слабо выраженных симптомов воспаления требует настороженности и выполнения максимума диагностических приемов и лечебных мероприятий.

3. Учитывая выраженность системной воспалительной реакции, лечение этой категории пациентов необходимо начинать с антибиотиков широкого спектра действия, проведения предоперационной подготовки с учетом имеющихся сопутствующих заболеваний в условиях палаты интенсивной терапии.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Гельфанд Е.Б. и др. Интенсивная терапия сепсиса // *Consilium Medicum*.—Приложение «Хирургия».—2003.—№ 2.—С. 3–6.

2. Дворецкий Л.И. Пожилой больной и инфекция // *Инфекции и антимикробная терапия*.—2002.—Т. 4, № 6.—С. 180–187.
3. Ерюхин И.А., Багненко С.Ф., Григорьев Е.Г. и др. Абдоминальная хирургическая инфекция — современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы // *Инфекции в хирургии*.—2004.—Т. 2, № 4.—С. 2–6.
4. Ерюхин И.А., Светухин А.М., Шляпников С.А. Сепсис в хирургической клинике // *Инфекции и антимикробная терапия*.—2002.—Т. 4, № 1.—С. 10–13.
5. Нехаев И.В., Свиридова С.П., Мазурина О.Г. и др. Иммунокорректирующая терапия сепсиса // *Инфекции в хирургии*.—2004.—Т. 2, № 3.—С. 2–6.

Поступила в редакцию 21.06.2006 г.

N.K.Pastukhova, D.N.Bojko

### CHOISE OF THE STRATEGY OF TREATMENT OF PATIENTS OVER 60 YEARS OF AGE WITH A DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY ABDOMINAL SEPSIS

The age of 242 patients with a destructive pathology of the gall-bladder complicated by abdominal sepsis was from 60 through 93 years. During the first day operations were made on 48 (19.83%) patients with peritonitis and systemic disorders, 10 patients died (43.47%). Within 1-5 days after conservative therapy 194 (80.17%) patients were operated on, 13 patients died. The following symptoms of inflammation were observed: syndrome of systemic inflammatory reaction — in 13 (5.37%) patients, sepsis — in 190 (78.51%), severe sepsis in 16 (6.61%), septic shock — in 23 (9.5%) patients.