

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А. В. Столин

Проблемная лаборатория эндохирургии СУНЦ РАМН и Правительства Свердловской области

Острый холецистит развивается у 1—3 % пациентов с симптоматическими камнями желчного пузыря. Пациенты с подозрением на острый холецистит должны госпитализироваться, и при подтверждении диагноза им показана раннее хирургическое вмешательство. Диагноз острого холецистита ставится на основании симптомов и признаков воспаления у пациентов и подтверждается результатами ультразвукового исследования. В 73 % случаев требуется срочное хирургическое вмешательство для лечения гангренозного холецистита. Ранняя лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите выполняется через 24—48 часов после приступа, чтобы дать возможность воспалительному процессу разрешиться. Открытая минихолецистэктомия выполняется более чем через 48 часов после приступа. Раннее хирургическое вмешательство при остром холецистите также имеет меньший коэффициент конверсии, чем отсроченное.

Ключевые слова: острый холецистит, лечение, лапароскопическая холецистэктомия, открытая минихолецистэктомия.

SURGICAL TREATMENT OF GANGRENOUS CHOLECYSTITIS

A. V. Stolin

Acute cholecystitis develops in 1—3 % of patients with symptomatic gall stones. Patients with suspected acute cholecystitis should be referred to the hospital and, if the diagnosis is confirmed, early surgery is indicated. Diagnosis of acute cholecystitis is made on the basis of symptoms and signs of inflammation in patients and is supported by results of ultrasound scanning. In 73 % of cases, emergency surgery is needed to treat gangrenous cholecystitis. Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed 24—48 hours after the acute episode will enable the inflammatory process to resolve before the procedure. Open mini-cholecystectomy may be performed more than 48 hours after the acute episode. Early surgery for acute cholecystitis has lower conversion rate than delayed surgery.

Key words: acute cholecystitis, treatment, laparoscopic cholecystectomy, open mini-cholecystectomy/

Хирургическая тактика лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) продолжает оставаться актуальной, что обусловлено распространенностью данного заболевания. В нашей стране выполняется порядка 250—300 тыс. холецистэктомий в год, а ежегодная обращаемость в России по поводу ЖКБ составляет 5—6 человек на 1 тыс. населения [1].

При всем разнообразии клинических вариантов ЖКБ наибольшую сложность для врачей представляют гнойно-деструктивные формы острого калькулезного холецистита (ОКХ) (флегмонозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, гангренозный холецистит, перфоративный холецистит) [2]. Деструктивный калькулезный холецистит встречается у 2—30 % больных ОКХ [3]. Летальность при лечении этой группы пациентов продолжает оставаться высокой и достигает 3,2, 13,2 и даже 30 %, по данным разных авторов [4, 5].

В последние 20 лет в нашей стране активно внедряются малоинвазивные хирургические вмешательства. Сегодня в большинстве специализированных хирургических стационаров широко используются видеолaparоскопические, эндоскопические и методики оперирования из мини-доступа с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент» для лечения ЖКБ. На клинических базах кафедры хирургии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки Уральской государственной медицинской академии с 1991 г. методами малоинвазивной хирургии опериро-

вано более 5000 пациентов по поводу ОКХ и других осложнений ЖКБ.

В настоящее исследование включены 3497 пациентов, оперированных в клинике с 1995 по 2006 г., 2530 из которых по поводу ОКХ, 405 — ОКХ, латентного холедохолитиаза, 425 — ОКХ, холедохолитиаза, механической желтухи, 136 — ОКХ, холедохолитиаза, обтурационного гнойного холангита.

Предметом анализа являлись данные анамнеза, клинико-лабораторные показатели, данные инструментальных методов исследования, операционные находки, особенности оперативных вмешательств, данные гистологического исследования операционных препаратов, течение послеоперационного периода, всего 96 самостоятельных критериев.

Среди поступивших больных с ОКХ мужчин было 26 %, женщин — 74 %. Возраст больных составлял от 17 до 79 лет, средний возраст пациентов с ОКХ равнялся (56,7 + 2,3) лет. Значительную часть среди всех больных составили люди пожилого и старческого возраста. Старше 65 лет было 54 % пациентов.

Средний срок поступления больных с ОКХ от начала заболевания составил (41,6 ± 4,4) часов. Только 20 % пациентов поступили в стационар в первые сутки от начала болезни, позднее 48 часов с момента возникновения болевого приступа было госпитализировано 45 %.

Большинство больных (74,5 %) поступили в состоянии средней тяжести, в тяжелом состоянии — 14 %.

Тяжесть состояния была обусловлена проявлениями острого холецистита, возрастом пациентов и степенью выраженности у них сопутствующей патологии на фоне ургентного хирургического заболевания.

Сопутствующая патология диагностирована у 81 % больных.

Изучение данных клинического и лабораторного обследования пациентов с ОКХ позволило сделать вывод, что результаты клинико-лабораторного обследования пациентов позволяют только диагностировать острый холецистит, но не дифференцировать конкретные его формы.

Для экспресс-диагностики гнойно-деструктивных форм острого холецистита нами выделено 3 группы признаков (табл. 1).

Таблица 1

Синдромы деструкции стенки желчного пузыря

№	Синдром	Описание признаков
1	Обструкции желчного пузыря	1. Пальпируемый желчный пузырь 2. УЗИ-признаки обтурационного холецистита
2	Перитониальный	1. Мышечный дефанс 2. Симптом Менделя 3. Симптом Щеткина-Блюмберга
3	Воспалительного ответа	1. Лейкоцитоз > 10000 л

К первой группе отнесли признаки блокады желчного пузыря: пальпируемый, увеличенный, болезненный и напряженный желчный пузырь. УЗИ-признаками обтурационного холецистита считаем: фиксированный конкремент в шейке желчного пузыря, положительный УЗИ-симптом Мерфи, недеформирующийся желчный пузырь при пальпации под УЗИ-контролем, утолщение стенки желчного пузыря > 4 мм, двойной контур стенки желчного пузыря, эхогенная неоднородность содержимого желчного пузыря.

Перитониальный синдром составил вторую группу признаков: мышечный дефанс, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга. Напряжение мышц живота в правом подреберье определялось у 57,1 % больных с ОКХ.

К третьей группе отнесли лейкоцитоз как неспецифическую реакцию организма на острый воспалительный процесс. По результатам исследования, лейкоцитоз отмечен у 30,5 % больных с ОКХ. Среднее число лейкоцитов крови у пациентов — $11,8 \pm 2,1 \times 10^9$ в литре.

Решающее правило выявления гнойно-деструктивных форм острого холецистита представлено в табл. 2.

Таблица 2

Система интегральной оценки и вероятность гнойно-деструктивных форм острого холецистита

Количество выявленных синдромов	Вероятность, (%)
1	91
2	95
3	97

Таким образом, диагностика только одного из описанных выше синдромов должна насторожить врача в плане гнойно-деструктивного процесса в желчном пузыре. Одновременное выявление у пациента признаков из разных двух синдромов позволяет считать диагноз гнойно-деструктивной формы острого холецистита высоко вероятным.

Применение данного дифференциально-диагностического алгоритма позволило уже в приемно-диагностическом отделении заподозрить диагноз деструктивной формы ОКХ у 73,5 % больных.

Тактика лечения больных с осложнениями ЖКБ — оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора — холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа или видеолапароскопическая. По результатам операции катаральный холецистит имел место у 642 (22 %) пациентов, флегмонозный — у 1925 (62 %), гангренозный — у 350 (16 %). Диагноз был подтвержден гистологически. В 24,7 % случаях острый холецистит сопровождался местным перитонитом или инфильтратом.

У всех больных с флегмонозным и гангренозным холециститом при обследовании выявлены признаки 2—3 синдромов гнойно-деструктивной формы острого холецистита, что свидетельствовало о высоком риске интраабдоминальных осложнений заболевания.

Основания для применения холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа у больных ОКХ:

1. Наличие перивезикального инфильтрата (выявлен у 27,4 % больных).
2. Операция позднее 3 суток с момента заболевания (45 % больных).
3. Латентный холедохолитиаз, диагностированный интраоперационно (13 % больных).
4. Отсутствие технологических условий для выполнения видеолапароскопических операций в круглосуточном режиме (квалифицированный персонал, стерилизация аппаратуры, ограниченный ресурс эксплуатации оборудования).
5. Противопоказания к видеолапароскопической холецистэктомии (тяжелая сопутствующая патология, беременность, коагулопатия и прочее).
6. Трудности и неудачи лапароскопической холецистэктомии (анатомические аномалии, интраоперационное кровотечение, повреждение полых органов, технические неисправности и прочее).
7. Экономические реалии (стоимость холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа, в отличие от лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), укладывается в стоимость медико-экономического стандарта системы общего медицинского страхования (ОМС)).

Видеолапароскопическая холецистэктомия целесообразна у больных острым калькулезным холециститом до 48 ч от начала заболевания, при отсутствии противопоказаний (декомпенсированная сердечно-легочная патология; некорректируемая коагулопатия; распространенный перитонит; воспалительные изменения передней брюшной стенки; поздние сроки беременности; ожире-

ние IV степени; острый холецистит после 48 ч от начала заболевания; латентный холедохолитиаз, механическая желтуха, обтурационный гнойный холангит; выраженный спаечный процесс в брюшной полости).

Показания к традиционной холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом:

1. Распространенный перитонит (выявлен у 1,2 % пациентов).

2. Конверсии при видеолaparоскопической холецистэктомии, холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа (2,2 % пациентов).

Результаты лечения больных ОКХ:

1. Послеоперационная летальность 0,8 %.

2. Общий процент осложнений 5,8 %.

3. Средний койко-день $6,8 \pm 0,3$.

4. Оперировано из лапаротомного доступа 278 больных (9,3 %).

5. Конверсии в 1995 г. — 9 %, в 2006 г. — 1 %.

В 1995—2006 г. в неотложном порядке в клинике оперировано 425 больных ОКХ, холедохолитиазом, механической желтухой.

Все больные были разделены на 2 группы — в первую вошли 366 пациентов, у которых диагностирован ОКХ, холедохолитиаз, осложненный обтурационной механической желтухой, без признаков гнойно-деструктивных форм воспаления желчного пузыря. Во вторую — 59 больных ОКХ, холедохолитиазом, осложненный обтурационной механической желтухой, и выявленными симптомами деструктивных изменений желчного пузыря.

Структура морфологических изменений в желчном пузыре выявлена у больных второй группы: острый катаральный холецистит — 43,9 %, острый флегмонозный холецистит — 51,2 %, острый гангренозный холецистит — 0 %.

Всем пациентам с ОКХ, холедохолитиазом, осложненным обтурационной механической желтухой, без гнойно-деструктивных форм острого холецистита была выполнена эндоскопическая декомпрессия с установлением назобилиарного дренажа.

Показания к мини-лапаротомным операциям:

1. Гнойно-деструктивные формы ОКХ.

2. Неэффективная эндоскопическая папиллофинктеротомия (ЭПСТ).

3. Резекция желудка по Бильрот-II в анамнезе.

Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа по неотложным показаниям с вмешательством на гепатикохоledoхе выполнена у 59 больных с механической желтухой. Холедохолитотомию всегда завершали наружным дренированием желчных путей по Керу у 61 % больных или Холстеду-Пиковскому у 39 %.

Общая частота послеоперационных осложнений составила 8 %, операционная летальность — 2 %.

Холедохолитиаз является наиболее частой причиной желчной гипертензии с последующим развитием механической желтухи, холангита и абдоминального сепсиса. С 1995 по 2006 г. оперировано 136 больных

ОКХ, холедохолитиазом, обтурационным гнойным холангитом.

Возраст пациентов — от 29 до 87 лет, в 56,1 % наблюдений он превышал 60 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:3. По данным лабораторного исследования, лейкоцитоз — $(13,7 \pm 4,1)$, билирубин — $(58,4 \pm 19,7)$ ммоль/л. У всех больных диагностирован тяжелый сепсис (признаки полиорганной недостаточности более чем 1 системы у 100 % пациентов).

Гнойно-деструктивные формы ОКХ выявлены у 44 пациентов (32 %). Этим больным была выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием по Керу из мини-лапаротомного доступа.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнялась 92 больным обтурационным гнойным холангитом. Только у двух пациентов не удалось удалить камни. Осложнения (кровотечение, панкреатит) наблюдались у 6 человек и лечились консервативно. Летальность в первой группе составила 7,8 %, во второй — 19,6 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм и основных клинических вариантов острого калькулезного холецистита необходима.

Консервативная терапия больных острым калькулезным холециститом без системных расстройств нецелесообразна.

Видеолaparоскопическая холецистэктомия применима у больных ОКХ в срок до 48 часов с начала заболевания при отсутствии противопоказаний.

Больным механической желтухой, обтурационным гнойным холангитом показана ЭПСТ при отсутствии гнойно-деструктивных форм ОКХ и перитонита.

Мини-лапаротомная холецистэктомия показана при отсутствии условий для выполнения, неудачах, осложнениях и противопоказаниях менее инвазивных вмешательств (видеолaparоскопической холецистэктомии, ЭПСТ).

Традиционная холецистэктомия оправдана при распространенном перитоните и неудачах малоинвазивных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гепатобилиарная хирургия: Рук. для врачей / Под ред. проф. Н. А. Майстренко, проф. А. И. Нечая. — СПб.: Спец. лит., 1999.
2. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуто А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. — М.: Издательский дом Видар-М, 2000.
3. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990.
4. Хирургия / Ed. by Jarrell V. E., Garabasi R. A.; пер. с англ., дополн.; ред. Лопухин Ю. М., Савельев В. С. — М.: Геотар Медицина, 1997.
5. Adrian A. Indar, Ian J. Beckingham. // BMJ. — 2002. — № 325. — P. 639—643.