
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616. 366 — 002-07-089

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А. Ю. Орешкин, А. В. Быков

Кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ

Атипичное течение любой патологии ассоциируется с трудностями и ошибками диагностики и неудовлетворительными результатами лечения. В статье представлены данные о вариантах клинического течения острого холецистита, в том числе о скрытой форме деструктивного холецистита.

Ключевые слова: хирургия, острый холецистит, атипичное клиническое течение, скрытая форма деструктивного холецистита.

ATYPICAL COURSE OF ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

A. Y. Oreshkin, A. V. Bykov

Atypical course of any disease is associated with difficulties and errors in diagnosis, unsatisfactory treatments results. This article presents data on variations of the atypical clinical course of acute cholecystitis, including the concealed form of destructive cholecystitis.

Key words: acute cholecystitis, surgery, atypical clinical course.

Проблема атипичного течения заболеваний приобретает особую остроту в условиях неотложной хирургической практики.

По данным Staniland J. R., 1972, до трети пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости имеют атипичную клиническую картину с редукцией или полным отсутствием ряда характерных симптомов. Острый холецистит наряду с острым аппендицитом в настоящее время является самым частым поводом для госпитализации и неотложного хирургического вмешательства. Многими хирургами отмечалось отсутствие четкой корреляции между клиническими данными и формой воспаления желчного пузыря.

Сформировалось стойкое убеждение, что склонность к атипичному течению острого холецистита характерна для мужчин, лиц пожилого и старческого возраста. Среди клинических форм, опуская редкие эмфизематозный и посттравматический холециститы, на наш взгляд, заслуживает внимания холецистотоксический синдром. В хирургической клинике хирургических болезней ФУВ ВолгГМУ предложено также выделить скрытую форму деструктивного холецистита (СФДХ).

Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста

Как по литературным данным, так и материалам нашей клиники, доля пожилых (60—74 года) и

стариков (75 лет и старше) составляет более половины всех пациентов, госпитализируемых и оперированных по поводу острого холецистита.

В патогенезе и течении острого холецистита у пожилых и стариков существенное значение имеют: 1) гемодинамические нарушения в органе на почве атеросклероза, 2) нарушения углеводного обмена, 3) супрессия иммунитета, 4) длительность заболевания, 5) наличие разнообразной, нередко многочисленной и тяжелой сопутствующей патологии.

В силу указанных обстоятельств течение острого холецистита у пожилых и стариков сопровождается: склонностью к развитию деструкции органа уже в ранние сроки (до 20 % в первые сутки); частым несоответствием клинико-лабораторных данных истинному характеру морфологических изменений в желчном пузыре; малой эффективностью консервативного купирования приступа (результативность менее 30 %); высокой частотой (60—95 %) осложнений (перитонит, панкреатит, холангит); высокой частотой системной воспалительной реакции (до 70 %) и полиорганной недостаточности (>10 %) уже к моменту госпитализации; высокой вероятностью гнойно-септических осложнений и летальностью. Нередко у этих больных отмечается крайне высокий операционно-анестезиологический риск, ограничивающий, или делающий невозможным, радикальное оперативное вмешательство.

Диагностическая и лечебная тактика у пациентов старшего возраста должна быть, с одной стороны, активной, а с другой — предельно осторожной и щадящей; учитывая высокую вероятность ранней деструкции желчного пузыря, вопрос о необходимости оперативного вмешательства необходимо решить в первые сутки госпитализации. Определяющее значение приобретают результаты ультразвукового (УЗ) мониторинга. Для оценки степени риска и выбора метода операции используют балльные системы оценки А5А; APACHE; SAPS; Королева Б. А. и Пиковского Д. Л., 1990; Чернова В. Н. и Суздальцева И. В., 2002; Шапошникова А. В., 2003. При высокой степени риска рекомендуется отдавать предпочтение этапной хирургической тактике с использованием декомпрессионных вмешательств (холецистостомия открытая, лапароскопическая, пункционная под ультразвуковым контролем и т. д.) [1, 19].

Вместе с тем наши данные свидетельствуют о том, что большинству пациентов пожилого и старческого возраста может быть выполнено одномоментное радикальное вмешательство без ухудшения результатов лечения.

Острый холецистит у мужчин

Средний возраст начала желчнокаменной болезни (ЖКБ) у мужчин на 5 лет больше, чем у женщин, и составляет около 58 лет, хотя ретроспективное изучение анамнеза свидетельствует о том, что около половины мужчин с ЖКБ в течение длительного времени (10—15 лет) страдают болями в правой половине живота, которые расцениваются как проявления иных заболеваний (язвенная болезнь, гепатит, колит и т. д.). У мужчин достаточно часто наблюдаются ошибки в диагностике острого холецистита. По данным Краковского А. И., 1978, Островского В. К., 1991, при наличии деструктивных изменений в желчном пузыре с диагнозом другого острого заболевания органов брюшной полости в стационары мужчин поступает почти в 3 больше, чем женщин. У мужчин острый холецистит чаще и раньше приобретает осложненный характер, иногда с одновременным развитием нескольких осложнений, таких как холангит, механическая желтуха, перитонит, перивезикальный или внутривезикальный абсцесс, что может еще больше менять всю клиническую картину. В связи с более острым и тяжелым течением эффективность консервативной терапии острого холецистита у мужчин в 2 раза меньше, чем у женщин, и оказывается результативной только у четверти больных. У пациентов с клинически стихшим приступом чаще выявляется СФДХ [10]. По данным Giger U. F., et al., 2006, Lipman J. M., et al., 2007, мужской пол в числе прочих факторов (давность заболевания, длительность операции, ожирение, опыт хирурга) независимо связан с повышением риска местных интраоперационных осложнений и перехода от малоинвазивной к открытой операции.

Можно резюмировать, что острый холецистит у мужчины требует особого внимания от лечащего врача, более активной как диагностической, так и лечебной тактики.

Острый холецистит и сахарный диабет

Сахарный диабет у больных с острой хирургической патологией оценивается хирургами как фактор, усугубляющий тяжесть течения основного заболевания, создающий заметные дополнительные трудности в диагностике, тактике и увеличивающий число послеоперационных осложнений [12]. В то же время мнения разных авторов по вопросу влияния сахарного диабета на течение острого холецистита достаточно противоречивы. Если Cucchiario G., et al., 1989, Aucot J. N., et al., 1993 отмечают прямое негативное влияние диабета на частоту деструктивных форм и частоту послеоперационных осложнений, то, по мнению Ransohoff D. F., et al., 1987, Sandler R. S., et al., 1986, больные диабетом имели большее число осложнений скорее в силу возраста и наличия иной (почечной, сердечно-сосудистой, неврологической) патологии.

В наших наблюдениях за 773 пациентами с острым холециститом диабет отмечен у 5,6 % больных. Не было выявлено достоверных различий по доле диабетиков среди разных клинических групп (холецистит простой, деструктивный с обычным течением, СФДХ), не выявлено статистически достоверной разницы и в частоте послеоперационных осложнений.

Вместе с тем мы согласны с мнением авторов, которые считают, что диабет в совокупности с пожилым и старческим возрастом, с учетом имеющихся осложнений сахарного диабета — нефропатией, сердечной недостаточностью, нейро- и ангиопатией, все-таки является отягчающим фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на течение острого холецистита и результаты хирургического лечения. Клиническая практика подтверждает целесообразность выполнения срочных операций у больных диабетом в более ранние сроки.

Холецистокардиальный синдром

Стенокардитическая форма острого холецистита (холецистокардиальный синдром, синдром Боткина) характеризуется болями различной интенсивности в области сердца (при отсутствии болей в правом подреберье), в силу чего может быть причиной тяжелых диагностических ошибок и выбора неверной хирургической тактики. Впервые на связь ЖКБ с болями в области сердца, которые расценивались как проявление стенокардии, обратил внимание еще С. П. Боткин благодаря анализу собственной болезни. Это влияние объясняют рефлекторным воздействием, наступающими в результате гипертонии в желчном пузыре и протоках нарушениями кровотока в аорте, правой венечной и общей печеночной артериях; изменением метаболизма миокарда вследствие расстройств электролитного, углеводного и энзимного обмена; инфекционно-токсического воздействия при осложненном течении острого воспалительного процесса (деструктивный

холецистит, гнойный холангит). Холецистокардиальный синдром рассматривается в том числе и как причина стенокардии у больных с хроническим калькулезным холециститом. Об истинной частоте холецистокардиального синдрома судить сложно, поскольку у разных авторов она колеблется от редких наблюдений до 60 % [3, 5, 11].

По нашим наблюдениям, заболевание, как правило, начиналось с острых «стенокардитических» болей в области сердца. Нередко боли сопровождались снижением, иногда, наоборот, повышением артериального давления, у пациентов отмечались затрудненное дыхание, цианоз. Немолодой возраст, предшествующий «кардиологический анамнез», выявленные изменения на электрокардиограмме служили поводом для госпитализации больных в кардиологическое отделение. Умеренная болезненность в правом подреберье на начальном этапе трактуется как «застойная печень». И только прогрессирующий гнойно-деструктивный процесс в желчном пузыре, симптомы местного перитонита и интоксикации служили поводом для консультации хирурга. После ультразвукового исследования желчных путей, как правило, ставился правильный диагноз.

Своевременная радикальная операция, в том числе с адекватной коррекцией протоковой патологии, восстановлением пассажа желчи, в целом неплохо переносится этими больными, поскольку имеет прямую патогенетическую направленность, ликвидируя основную причину страдания. При этом показания к срочной операции у этих больных являются абсолютными.

Таким образом, целесообразно включение в стандарты оказания помощи больным с острой коронарной патологией срочного ультразвукового исследования брюшной полости и гепатобилиарной зоны.

Скрытая форма деструктивного холецистита

Нередко при выполнении операции по поводу калькулезного холецистита после стихания приступа хирург неожиданно обнаруживает тяжелые экстрапузырные осложнения: плотный инфильтрат, в центре которого находится деструктивно измененный желчный пузырь, перипузырный абсцесс. Ход операции резко изменяется — конверсия, технические трудности, тяжелые интраоперационные осложнения вплоть до повреждения внепеченочных желчных протоков. Это знакомая большинству хирургов ситуация, опасная и для врача, и для больного, встречается, к сожалению, довольно часто, от 10 до 60 % наблюдений [6, 8, 15].

Таким образом, под СФДХ мы подразумеваем такую форму течения острого обтурационного холецистита, при которой наблюдающаяся клиническая картина полного стихания приступа является ложной, так как на фоне исчезновения клинико-лабораторных симптомов приступа сохраняется и нарастает деструкция желчного пузыря. Отказ от срочной

операции в этих случаях является ошибкой, а отсроченные операции протекают с заметными техническими трудностями и сопровождаются высокой частотой конверсии и осложнений [10].

Результаты наших исследований показали, что в основе развития СФДХ лежат нарушения иммунитета, ведущие к редукции острого воспалительного процесса и «хронизации» гнойного воспаления [4].

Для своевременной диагностики СФДХ необходим перенос акцента динамического наблюдения при остром холецистите на пациентов, у которых наблюдается стихание приступа. Именно у них необходимо целенаправленное контрольное ультразвуковое обследование, позволяющее отличить истинное стихание приступа от ложного и своевременно определить показания к срочному оперативному вмешательству [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н., Бурчуладзе Н. Ш. // Хирургия. — 2005. — № 5. — С. 43—47.
2. Быков А. В., Орешкин А. Ю. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: Метод. рекомендации. — Волгоград, 2007. — 56 с.
3. Ветшев П. С., Нозтев П. В. // Хирургия. — 2005. — № 3. — С. 59—64.
4. Воробьев А. И. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и хирургического лечения скрытой формы деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград — 2008 г. — 26 с.
5. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
6. Краковский А. И. // Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 3—7.
7. Краковский А. И., Петров Г. П. // Хирургия. — 1978. — № 7. — С. 33—37.
8. Круч В. И. // Желчная гипертензия и холецистит. — 1971. — Т. 23, № 5. — С. 173—180.
9. Островский В. К. // Хирургия. — 1991. — № 11. — С. 33—34.
10. Орешкин А. Ю. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2000. — 26 с.
11. Панфилов Б. К. Билиарно-кардиальный синдром — холециститное сердце. — М.: Изд-во РУДН, 1986. — 242 с.
12. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Триада-Х, 2006. — 640 с.
13. Чернов В. Н., Суздальцев И. В. Диагностика и лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. — Ростов н/Д: Изд-во РГМУ, 2002. — 280 с.
14. Шапошников А. В. Принятие решения в хирургии: теоретические и прикладные аспекты. — Ростов н/Д, 2003. — 190 с.
15. Шапошников Ю. Г., Решетников Е. А. Варданян В. И. // Хирургия. — 1983. — № 1. — С. 61—66.
16. Aucott J. N., Cooper G. S., Bloom A. D., Aron D. C. // Arch Intern Med. — 1993. — Т. 10. — Vol. 153, № 9. — P. 1053—1058.
17. Cucchiari G., Watters C. R., Rossitch J. C., Meyers W. C. // Ann. Surg. — 1989. — Vol. 209, № 2. — P. 148—151.

18. Giger U. F., Michel J. M., Opitz I., et al. // Am. Coll. Surg. — 2006. — Vol. 203, № 5. — P. 723—728.

19. Howard J. M., Hanly A. M., Keogan M., et al. // Int. J. Surg. — 2009. — Vol. 7, № 2. — P. 94—99.

20. Lipman J. M., Claridge J. A., Haridas M., et al. // Surgery. — 2007. — Vol. 142, № 4. — P. 556—563.

21. Ransohoff D. F., Miller G. L., Forsythe S. B., Hermann R. E. // Ann Intern Med. — 1987. — Vol. 106, № 6. — P. 829—832.

22. Sandler R.S., Maule W. F., Baltus M. E. // Gastroenterology. — 1986. — Vol. 91, № 1. — P. 157—162.

23. Staniland J. R., Ditchburn J., De Dombal F. T. // British Medical Journal. — 1972. — № 3. — P. 393—398.

Контактная информация

Орешкин Андрей Юлианович — канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолгГМУ, e-mail: andrejoreshkin@yandex.ru