

## ГЕТЕРОГЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

**И. Г. Натрошвили<sup>1,2</sup>, М. И. Прудков<sup>3</sup>, А. В. Савицкая<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ СК «Кисловодская ГБ»,

<sup>2</sup>Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии,

<sup>3</sup>Уральский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней ФПК и ПП,

<sup>4</sup>Волгоградский медицинский научный центр, центр хирургической гепатологии

В настоящей статье анализируются данные, полученные в ходе ретроспективного мультицентрового исследования, проведенного в 8 стационарах четырех городов РФ, о контингентах оперированных больных, сроках их госпитализации и хирургического лечения, частоте сочетания острого холецистита и холедохолитиаза.

*Ключевые слова:* острый холецистит, холедохолитиаз, мультицентровое исследование.

DOI 10.19163/1994-9480-2017-3(63)-125-129

## HETEROGENEITY OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

**I. G. Natroshvili<sup>1,2</sup>, M. I. Prudkov<sup>3</sup>, A. V. Savitskaya<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Kislovodsk City Hospital,

<sup>2</sup>Stavropol State Medical University, Department of Surgery and Endosurgery with a Course of Vascular Surgery and Angiology,

<sup>3</sup>Ural State Medical University, Department of Surgical Diseases FPK and PP,

<sup>4</sup>Volgograd Medical Research Center, Center for Surgical Hepatology

The article analyzes the data obtained from a retrospective multi-center research which had been carried out in 8 clinical settings located in 4 Russian cities. The article describes demographics of patients with acute cholecystitis, the timing of hospital admission and surgery, frequency of incidence of acute cholecystitis and choledocholithiasis.

*Key words:* acute cholecystitis, common bile duct stones, a multicenter study.

При разработке нормативов, планировании, финансировании и оценке результатов оказания медицинской помощи населению обычно исходят из однородности контингентов больных, проживающих в разных регионах, населенных пунктах одного типа и, тем более, районах одного города. Это же касается и лечения острого холецистита. Большинство работ, посвященных проблемам хирургического лечения данного заболевания в нашей стране, основываются на изучении пациентов, оперированных в одном стационаре или отделениях, являющихся клиническими базами одной клиники [4, 5, 6]. В публикациях подробно рассматриваются технические особенности вмешательств [1] и результаты лечения больных острым холециститом с применением тех или иных малоинвазивных методик, возможности новых вариантов лапароскопических вмешательств – из единого доступа или с использованием мини-лапароскопических инструментов [3, 4]. Особое внимание уделяется пациентам пожилого и старческого возраста как наиболее сложной категории больных [2]. Однако создать целостную картину о контингенте оперируемых больных с острым холециститом из разрозненных данных крайне затруднительно. Учитывая различные демографическую ситуацию и возможности лечебных учреждений как в плане технического оснащения, так и наличия специалистов, варибельные подходы к хирургической тактике, экстраполировать результаты, полученные в центральных клиниках страны, например, на больницу в небольшом городе или районе и оценивать ее работу, ориентируясь на получен-

ные показатели, не всегда возможно. В ходе проведения мультицентрового исследования мы решили проверить, различаются ли в стационарах различных городов контингенты пациентов, страдающих острым холециститом, по возрасту, сопутствующей патологии, срокам обращения за медицинской помощью и пр.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение и сравнение контингентов оперированных больных острым холециститом в стационарах различных городов России.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа является мультицентровым ретроспективным когортным исследованием, проведенным в 8 хирургических стационарах, занимающихся оказанием неотложной хирургической помощи в четырех населенных пунктах Российской Федерации: ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения города Москвы», ГБУЗ «Городская клиническая больница № 61 Департамента здравоохранения города Москвы», МАУ «Городская клиническая больница № 14» г. Екатеринбурга, ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», ГУЗ «Клиническая больница № 4», ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7» и ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15» г. Волгограда, а также ГБУЗ СК «Кисловодская городская больница».

С целью анонимизации полученных данных стационарам случайным образом были присвоены номера от 1 до 8, они обозначены: Ст-1, Ст-2 и т. д.

Были проанализированы истории болезни всех 756 пациентов, оперированных по поводу острого холецистита в течение 2011 г. Критерием включения была возможность достоверно подтвердить диагноз «Острый холецистит» по клиническим, лабораторным, инструментальным или патологогистологическим данным на основании экспертной оценки документации.

Из исследования были исключены 2 пациента, у которых при наличии острых воспалительных изменений в стенке желчного пузыря при гистологическом исследовании была выявлена аденокарцинома.

Статистический анализ осуществляли с помощью свободного программного обеспечения PSPP и SOFA Statistics. Проводилась проверка нормальности распределения количественных признаков, для описания признаков с нормальным распределением использовали среднее с указанием стандартного отклонения, для признаков с отличным от нормального распределения указывали медиану с указанием межквартильного размаха – 25-й и 75-й процентиля. Величину уровня значимости  $p$  принимали равной 0,05, что соответствует критериям, принятым в медико-биологических исследованиях. Если значение  $p$  было меньше 0,001, то  $p$  указывали в формате  $p < 0,001$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастной и половой состав оперированных в клиниках пациентов отражен в табл. 1.

Мужчин было 206, женщин 548 (соотношение 1 : 2,66) в возрасте от 16 лет до 91 года [в среднем ( $57,8 \pm 15,7$ ) года]. Почти половина больных – 47,9 % – были 60 лет и старше, а возраст 15,0 % пациентов составлял 75 и более лет. Обращает на себя внимание большая разница в возрасте больных в различных стационарах: в некоторых больницах пациентов пожилого и старческого возраста было менее половины (32,6–46,8 %), а, например, в Ст-8 – 67,4 %. Аналогичная ситуация и с числом оперированных больных старческого возраста: в Ст-5 их было всего 7,0 %, а в Ст-8 – больше четверти (26,1 %). При проведении одностороннего дисперсионного анализа Краскела-

Уоллиса выявлено статистически значимое различие среднего возраста больных в стационарах ( $p < 0,001$ ). В ходе апостериорных сравнений тестом Геймса-Ховелла обнаружено, что средний возраст пациентов Ст-8 статистически значимо отличается от среднего возраста пациентов Ст-1 ( $p < 0,001$ ), Ст-4 ( $p = 0,019$ ), Ст-5 ( $p = 0,002$ ) и Ст-6 ( $p = 0,049$ ). Разница в среднем возрасте оперированных пациентов обусловлена, вероятно, демографическими особенностями различных территорий, однако получить полные демографические данные для анализа не представляется возможным.

Большинство пациентов ( $n = 719, 95,4 \%$ ) поступили в неотложном порядке, время от начала заболевания до поступления в стационар было от 1 ч до 15 сут./ (медиана 24,0, межквартильный размах 8,0–72,0 ч) (рис. 1).

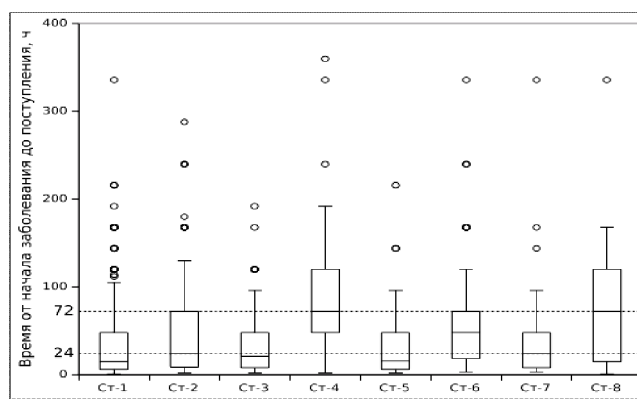


Рис. 1. Сроки от начала заболевания до поступления в стационары больных острым холециститом

В первые 24 часа от начала заболевания поступили 382 человека (53,1 %). В срок, превышающий трое суток, госпитализирован 131 (18,2 %) пациент. Как видно из полученных данных, сроки поступления весьма различились в стационарах: в некоторых больницах поступали преимущественно в первые сутки от начала заболевания, в других же (Ст-4 и Ст-8) половина больных обратилась за помощью через 3 и более суток от появления первых симптомов острого холецистита.

При сравнении времени от начала заболевания до поступления в стационар с помощью рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису ( $p < 0,001$ )

Таблица 1

Возрастной и половой состав пациентов

Стационар	Кол-во больных	Кол-во мужчин/женщин	Возраст пациентов, лет				
			мин	макс	средний	60 лет и старше, %	75 лет и старше, %
Ст-1	316	88/228	16	91	$55,7 \pm 16,6$	43,7	14,2
Ст-2	137	38/99	23	89	$59,5 \pm 14,0$	54,0	13,1
Ст-3	62	19/43	21	90	$60,1 \pm 17,0$	46,8	24,2
Ст-4	46	13/33	18	81	$56,4 \pm 14,2$	45,7	10,9
Ст-5	43	9/34	22	86	$53,4 \pm 15,8$	32,6	7,0
Ст-6	54	19/35	23	89	$57,3 \pm 15,5$	46,3	14,8
Ст-7	50	10/40	29	85	$61,2 \pm 13,0$	58,0	14,0
Ст-8	46	10/36	38	82	$65,8 \pm 11,6$	67,4	26,1
Итого:	754	206/548	16	91	$57,8 \pm 15,7$	47,9	15,0

с последующим тестом Геймса-Ховелла выявлено статистически значимое различие сроков госпитализации между Ст-4 и Ст-1 ( $p = 0,002$ ), Ст-3 ( $p = 0,009$ ), Ст-5 ( $p = 0,005$ ) и Ст-7 ( $p = 0,029$ ), а также Ст-8 и Ст-1 ( $p = 0,002$ ), Ст-3 ( $p = 0,021$ ) и Ст-5 ( $p = 0,014$ ).

В плановом порядке для оперативного лечения хронического калькулезного холецистита были госпитализированы 34 пациента (4,5%). У 9 (26%) из них предполагался второй этап лечения: после лапароскопической холецистостомии ( $n = 2$ ), дренирования желчного пузыря под контролем УЗИ ( $n = 1$ ), ЭПСТ ( $n = 5$ ) и у одной больной – после холецистостомии из мини-лапаротомного доступа и ЭПСТ. Острый калькулезный холецистит у них явился интраоперационной находкой, диагноз подтвержден при патологогистологических исследованиях. У одной пациентки острый калькулезный холецистит был выявлен во время лапароскопического удаления кисты правого яичника.

При опросе сведения о наличии желчнокаменной болезни выявлены у 298 (39,5%) пациентов. Продолжительность клинических проявлений была от 1 месяца до 30 лет (медиана 36, межквартильный размах 9–60 месяцев). Признаки осложненного течения заболевания отмечены в анамнезе у 32 (4,2%) пациентов.

Сопутствующие заболевания имелись у большинства (75,6%,  $n = 570$ ) пациентов с острым калькулезным холециститом. Наиболее часто – у 511 больных (67,8%) – встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, что вполне закономерно, учитывая возрастную состав оперированных больных.

Большинство пациентов поступило в состоянии средней степени тяжести ( $n = 447$ , 59,3%). Состояние было близким к удовлетворительному у 242 (32,1%) больных, тяжелым – у 64 (8,5%). В крайне тяжелом состоянии были госпитализированы 2 человека (0,3%).

Физический статус 512 (67,9%) пациентов был оценен как ASA I или II (193 и 319 больных соответственно), 28,4% ( $n = 214$ ) – ASA III. Статус 28 (3,7%) пациентов соответствовал IV классу по ASA (табл. 2). Преобладание пациентов с ASA III в Ст-8 – 50% – связано, по-видимому, с большим средним возрастом больных.

Таблица 2

### Физический статус больных по классификации ASA

Стационар	Класс по ASA				Всего
	I	II	III	IV	
Ст-1	67	133	103	13	316
Ст-2	42	70	24	1	137
Ст-3	27	19	15	1	62
Ст-4	14	15	14	3	46
Ст-5	12	20	11	-	43
Ст-6	15	26	7	6	54
Ст-7	10	20	17	3	50
Ст-8	6	16	23	1	46
<b>Итого</b>	<b>193</b>	<b>319</b>	<b>214</b>	<b>28</b>	<b>754</b>

Сроки от поступления до выполнения оперативного вмешательства весьма отличались в разных стационарах, у пациентов с острым холециститом без патологии

желчных протоков были от 1 до 360 часов (медиана 24,0, межквартильный размах 9,0–56,5 ч) (рис. 2). В Ст-1, Ст-3, Ст-4, Ст-5 и Ст-7 большинство пациентов оперированы в первые сутки или двое от поступления, а в Ст-2, Ст-6 и Ст-8 операции выполнялись преимущественно через двое и более суток после госпитализации.

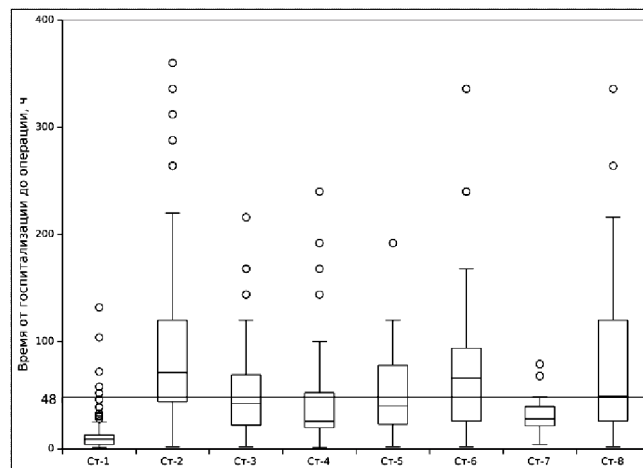


Рис. 2. Сроки от госпитализации до оперативного лечения пациентов с острым холециститом без патологии желчных протоков

При выполнении теста Краскела-Уоллиса ( $p < 0,001$ ) и в ходе апостериорных сравнений тестом Геймса-Ховелла выявлено статистически значимое различие сроков дооперационного обследования и лечения в Ст-1 и во всех остальных стационарах ( $p < 0,001$  для Ст-2, Ст-3, Ст-5, Ст-6, Ст-7 и Ст-8,  $p = 0,004$  для Ст-4), Ст-2 и Ст-3 ( $p < 0,001$ ), Ст-4 ( $p = 0,006$ ), Ст-5 ( $p < 0,001$ ), Ст-7 ( $p < 0,001$ ), а также Ст-7 и Ст-3 ( $p = 0,008$ ), Ст-6 ( $p = 0,006$ ) и Ст-8 ( $p = 0,002$ ). Эти различия связаны, прежде всего, с принятой в клиниках тактикой лечения больных острым холециститом, а также возможностями круглосуточного обследования больных.

Морфологические формы острого холецистита были следующими: 154 (20,4%) больных оперированы по поводу острого катарального холецистита, острого флегмонозного – 451 (59,8%) пациент, а острого гангренозного – 149 (19,8%). Перитонит был у 130 (17,2%) больных: местный у 81 (10,7%) и распространенный у 49 (6,5%). Распределение пациентов с перитонитом по характеру выпота в брюшной полости представлено в табл. 3.

Таблица 3

### Характер экссудата у пациентов с острым холециститом и перитонитом

Характер экссудата	Кол-во больных с перитонитом		Всего
	местным	распространенным	
Серозный	49	9	58
Фибринозный	25	33	58
Гнойный	6	4	10
Желчный	1	3	4
<b>Итого</b>	<b>81</b>	<b>49</b>	<b>130</b>

Сочетание острого холецистита и острого панкреатита имело место у 10 (1,3 %) пациентов, у двух из них был острый деструктивный панкреатит, асептический панкреонекроз.

Интересны, на наш взгляд, и полученные данные о сочетании острого холецистита и патологии протоков. Холедохолитиаз был выявлен у 92 (12,2 %) больных, частота выявления его в различных стационарах представлена в табл. 4. Как видно из приведенных данных, конкременты в общем желчном протоке обнаруживают у 1,6–20,9 % больных с острым холециститом. Вероятно, столь широкий разброс частоты выявленного холедохолитиаза связан не столько с различиями в контингентах больных, сколько с подходами к диагностическому поиску и нацеленности хирургов на выявление патологии желчных протоков, в том числе с рутинным использованием интраоперационной холангиографии.

Таблица 4

### Частота холедохолитиаза у больных с острым холециститом в стационарах

Стационар	Общее кол-во пациентов	Число больных с холедохолитиазом	Частота выявления холедохолитиаза, %
Ст-1	316	66	20,9
Ст-2	137	11	8,0
Ст-3	62	1	1,6
Ст-4	46	5	10,9
Ст-5	43	1	2,3
Ст-6	54	3	5,6
Ст-7	50	3	6,0
Ст-8	46	2	4,3
Всего	754	92	12,2

В настоящее время для определения тактики лечения и корректного сравнения результатов лечения больных острым холециститом используется разделение на группы по его тяжести согласно Токийским рекомендациям [7]. Распределение больных в стационарах по тяжести острого холецистита представлено на рис. 3.

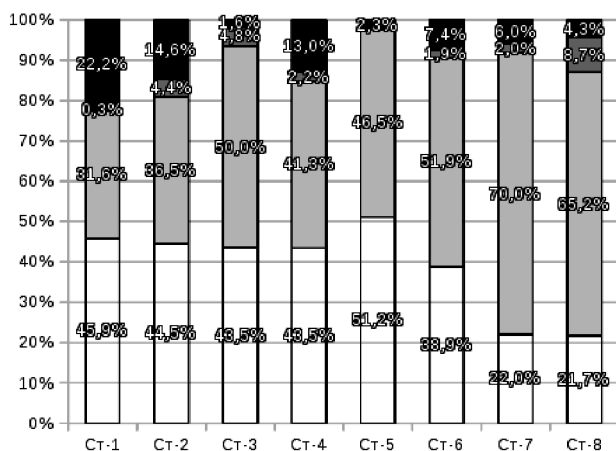


Рис. 3. Распределение больных в стационарах по тяжести острого холецистита

Отдельно выделили группу больных ( $n = 107$ , 14,2%) с сочетанием острого холецистита и патологии желчевыводящих протоков. Большинство (97,4 %) пациентов без патологии желчных протоков оперированы по поводу легкого острого холецистита или холецистита средней тяжести. Больных с тяжелым острым холециститом было 17.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные показывают, что пациенты с острым холециститом представляют собой разнородную группу. Имеются статистически значимые различия в возрасте больных и сроках их госпитализации в стационарах, расположенных не только в различных населенных пунктах, но и в пределах одного города, что, по нашему мнению, не может не отражаться на результатах лечения. Почти 40 % больных знали о наличии у них хронического калькулезного холецистита, а у 4,2 % из них в анамнезе уже были осложнения желчнокаменной болезни, тем не менее, пациенты не обратились своевременно в плановом порядке для оперативного лечения.

Большинство пациентов с острым холециститом поступает в состоянии, близком к удовлетворительному (32,1 %), или средней тяжести (59,3 %) с умеренно выраженной сопутствующей патологией (физический статус ASA I и II у 67,9 % больных) и острым холециститом легкой или средней тяжести (97,4 % пациентов без патологии желчных протоков). В то же время 79,6 % больных оперированы по поводу деструктивных форм острого холецистита, а у 17,2 % пациентов имелся перитонит, причем у трети из них – распространенный. Это может быть связано как с поздней обращаемостью пациентов, так и с тем, что, несмотря на повсеместное применение общепринятой тактики лечения острого холецистита, при изучении реальных сроков предоперационного обследования и лечения больных в различных стационарах выявлены статистически значимые различия во времени нахождения пациентов в больницах до операции: в некоторых клиниках большинство больных оперируют в первые сутки – двое от поступления, в других же сроки дооперационного лечения и обследования затягиваются, что приводит к утяжелению форм острого холецистита и усложнению операций.

Обращает на себя внимание и большая разница в частоте выявления патологии протоков, в частности – холедохолитиаза – от 1,6 до 20,9 %. По нашему мнению, следует уточнить программу обследования пациентов с острым холециститом и определить показания к применению интраоперационной холангиографии.

Таким образом, наше исследование подтверждает гетерогенность больных острым холециститом, которую необходимо учитывать при планировании, финансировании медицинской помощи и оценке ее результатов: либо с учетом особенностей контингентов пациентов в различных регионах и населенных пунктах, либо основываясь на разделении пациентов по однородным группам, например, согласно Токийской классификации или национальным клиническим рекомендациям.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.С., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И. Завершающий этап лапароскопической холецистэктомии при перивезикальных осложнениях гангренозного холецистита // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 6. – С. 7–11.
2. Глушков Н.И., Мосягин В.Б., Верховский В.С., Сафин М.Г., Скородумов А.Г., Гурина А.В. Мини-инвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2010. – № 10. – С. 53–58.
3. Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Доронин М.Б., Михин А.И. Место некоторых малоинвазивных технологий в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 24–27.
4. Михин И. В., Кухтенко Ю. В., Косивцов О. А., Доронин М. Б. Дифференцированный подход к выбору варианта малоинвазивного хирургического лечения пациентов, страдающих разными формами калькулезного холецистита // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 1. – С. 3–8.
5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита // Хирургия. – 2015. – № 2. – С. 50–55.
6. Черепанин А.И., Галлямов Э.А., Бирюков А.Ю., Микаелян И.А., Федоров Д.Н. Холецистэктомия из малотравматичных доступов в лечении острого холецистита // Хирургия. – 2010. – № 12. – С. 31–37.
7. Yokoe M., et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines // J. Hepatobiliary. Pancreat. Sci. – 2012. – Vol. 19. – P. 578–585.

## REFERENCES

1. Beburishvili A.G., Panin S. I., Nesterov S.S., Zjubina E.N., Vedenin Ju.I. Zavershajushhij jetap laparoskopicheskoj

holecistjektomii pri perivezikal'nyh oslozhnenijah gangrenoznogo holecistita [The final stage of laparoscopic cholecystectomy with perivesical complications of gangrenous cholecystitis] *Jendoskopicheskaja hirurgija*. 2010, no6, S. 7-11 (In Russ.)

2. Glushkov N.I., Mosjagin V.B., Verhovskij V.S., Safin M.G., Skorodumov A.G., Gurina A.V. Mini-invazivnye vmeshatel'stva v lechenii zhelchnokamennoj bolezni u bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Mini-invasive interventions in the treatment of cholelithiasis in elderly and senile patients] *Hirurgija*. 2010, no10, S. 53-58 (In Russ.)

3. Mihin I.V., Kuhtenko Ju.V., Doronin M.B., Mihin A.I. Mesto nekotoryh maloinvazivnyh tehnologij v hirurgicheskom lechenii zhelchnokamennoj bolezni [The location of some minimally invasive technologies in the surgical treatment of cholelithiasis] *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal*. 2012, no3, S. 24-27 (In Russ.)

4. Mihin I. V., Kuhtenko Ju. V., Kosivcov O. A., Doronin M. B. Differencirovannyj podhod k vyboru varianta maloinvazivnogo hirurgicheskogo lechenija pacientov, stradajushhij raznymi formami kal'kuleznogo holecistita [A differentiated approach to the choice of a variant of minimally invasive surgical treatment of patients suffering from different forms of calculous cholecystitis] *Jendoskopicheskaja hirurgija*. 2014, no1, S. 3-8 (In Russ.)

5. Sovcov S.A., Prilepina E.V. Vozmozhnosti uluchshenija rezul'tatov lechenija ostrogo holecistita [Possibilities for improving the results of treatment of acute cholecystitis] *Hirurgija*. 2015, no2, S. 50-55 (In Russ.)

6. Cherepanin A.I., Galljamov Je.A., Birjukov A.Ju., Mикаелян I.A., Fedorov D.N. Holecistjektomija iz malotravmatichnyh dostupov v lechenii ostrogo holecistita [Cholecystectomy from low-traumatic approaches in the treatment of acute cholecystitis] *Hirurgija*. 2010, no12, S. 31-37 (In Russ.)

7. Yokoe M., et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines. *J. Hepatobiliary. Pancreat. Sci.* 012. Vol. 19. P. 578-585.

## Контактная информация

**Натрошвили Илья Гивиевич** – к. м. н., заведующий I хирургическим отделением ГБУЗ СК «Кисловодская ГБ», ассистент кафедры хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии, Ставропольский государственный медицинский университет, e-mail: surgery.kislovodsk@gmail.com