

## ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ – СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Член-корреспондент РАМН МАЙСТРЕНКО Н. А., КУРЫГИН АЛ. А., ШЕЙКО С. Б., АЗИМОВ Ф. Х.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Майстренко Н. А., Курыгин Ал. А., Шейко С. Б., Азимов Ф. Х.** Острый холецистит – современная хирургическая проблема // Мед. академ. журн. 2009. Т. 9. № 1. С. 43–49. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, 194175, ул. Академика Лебедева, 6.

В работе рассматривается проблема острого холецистита на основании опыта лечения 683 больных в клинике факультетской хирургии им. С. П. Федорова ВМедА. Лечебная тактика основывалась на верификации основного заболевания и его осложнений, а также на всесторонней оценке состояния больного. Хирургическая тактика предполагала строго обоснованное выполнение срочных и отсроченных радикальных операций у 82,1% больных и паллиативных диапевтических вмешательств у 4,7% больных, что позволило снизить общую и послеоперационную летальность до 0,44% и 0,53% соответственно. Представленные клиничко-патогенетическая классификация острого холецистита и классификация оперативных вмешательств обеспечивают стандартизацию диагностического алгоритма и лечебной тактики.

**Ключевые слова:** острый холецистит, классификация, операция, малоинвазивные вмешательства, диагностика, лечебная тактика.

**Maystrenko N. A., Kurygin A. A., Sheyko S. B., Azimov F. H.** An acute cholecystitis – modern surgical problem // Med. Acad. Journ. 2009. Vol. 9. № 1. P. 43–49. S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, 194175.

In this article considered an acute cholecystitis problem based on treatment experience of 683 patients treated in faculty surgery clinic by the name of S. P. Fedorov MMA. The treatment tactics based on verification of basic disease and its complications, and also on complex patients estimation. The surgical tactics suppose strictly well-founded realization of urgent and deferred radical operations in 82,1% patients and palliative diapevtic operations – in 4,7% instances, that allow to decrease common and postoperative lethality down to 0,44% and 0,53%, accordingly. Presented clinico-pathogenetical and an operative interventions classifications are provide standartization of diagnostic algorithm and therapeutic approach.

**Key words:** an acute cholecystitis, classification, an operation, low-invasive interventions, diagnostics, therapeutic approach.

Проблема острого холецистита в известной мере носит парадоксальный характер. С одной стороны, это заболевание достаточно хорошо изучено, а основные принципы и методы его лечения, сформулированные почти 100 лет назад С. П. Федоровым, уточняются и совершенствуются по мере внедрения в практику новых диагностических и лечебных технологий. Вместе с тем в абдоминальной хирургии трудно найти еще одну нозологическую форму, в отношении которой представления хирургов были бы так многочисленны и настолько разноречивы, как мнения по основным вопросам, касающимся острого холецистита. Парадоксальность проблемы заключается еще и в том, что частота диагностических ошибок, послеоперационных осложнений и негативных последствий, а также показатель летальности при остром холецистите до сих пор остаются весьма высокими не только в условиях районных больниц, но и в городских стационарах и даже крупных медицинских центрах. Так, по данным отчета «О состоянии здоровья населения Москвы» (2005), показатели общей и послеоперационной летальности в 2001 г. составили 1,3% и 1,8%, в 2005 г. – 1,0% и 1,5% соответственно.

Анализ летальных исходов при остром холецистите в Москве за период с 1991 по 2000 г. показал, что у 60% умерших имели место деструктивные формы заболевания, у 30% из них верифицирован гангренозный или гангренозно-перфоративный холецистит [5]. Непосредственной причиной смерти в 70% случаев явился перитонит, нередко в сочетании с пневмонией. Средний возраст умерших составил 81 год, у 80% пациентов имелись тяжелые конкурирующие или сопутствующие заболевания.

Представленные данные убедительно свидетельствуют о двух обстоятельствах. Во-первых, при остром холецистите весьма часто имеют место поздняя госпитализация (даже в условиях мегаполиса) и, как следствие, тяжелые осложнения заболевания. Во-вторых, острый холецистит у лиц пожилого и старческого возрастов является наиболее сложным и отличается существенными особенностями лечебной тактики в целом и хирургических подходов в частности [4].

Актуальность проблемы острого холецистита и неутешительная статистика результатов его лечения обусловлены несколькими причинными фак-



торами, каждый из которых требует отдельного об- суждения.

Первым обстоятельством является очень высо- кий уровень заболеваемости. В структуре ургентной хирургической патологии органов брюшной полост- и острый холецистит прочно занимает по частоте второе место после острого аппендицита. Согласно отчету «О состоянии здоровья населения Москвы» (2005) ежегодное число больных острым холецисти- том, госпитализированных во все стационары города в период с 2001 по 2005 г., оказалось приблизительно одинаковым и составило 11734 (2001) – 11141 (2005). Количество оперированных больных колебалось от 6673 (2001) до 6181 (2005).

Высокий уровень заболеваемости острым холе- циститом практически во всех регионах страны, а также известный ряд негативных социально-эконо- мических факторов, включая объективные трудности и недостатки в организации неотложной хирургичес- кой помощи, в значительной мере обуславливают позднюю обращаемость и позднюю госпитализацию больных, дефекты диагностики и лечения. По свод- ным статистическим данным, касающимся населения городов и областей, лишь 15–30% больных острым холециститом госпитализируются в специализиро- ванные или крупные хирургические центры [1].

Следующим важным аспектом, требующим об- суждения, является классификация острого холе- цистита. Строгое соблюдение классификации забо- левания и его осложнений имеет принципиальное значение во всех отношениях, начиная с формули- ровки диагноза и заканчивая оценкой результатов ле- чения. Нарушение классификационных положений неизбежно приводит к искажению статистических показателей и существенным разногласиям авторов в одних и тех же вопросах. Оптимальной является клиникo-патоморфологическая классификация:

#### ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

- I. Калькулезный (более 95%).
- II. Бескаменный (менее 5%).

По характеру морфологических изменений в стенке желчного пузыря:

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

По клиническому течению и характеру патоло- гических изменений в брюшной полости и других органах:

- A. Неосложненный острый холецистит
- B. Осложненный острый холецистит:
  - околопузырным воспалительным инфильтра- том;
  - паравезикальным абсцессом;
  - перфорацией желчного пузыря;

- перитонитом (местным отграниченным и неот- граниченным, разлитым);
- механической желтухой;
- острым холангитом;
- острым панкреатитом;
- внутренним желчным свищем;
- эмпиемой желчного пузыря;
- реактивным гепатитом и печеночной недостаточ- ностью;
- абсцессами печени;
- билиарным сепсисом.

Острый калькулезный холецистит является са- мым частым осложнением желчнокаменной болезни. В зависимости от ее формы (хронический калькулез- ный холецистит или бессимптомный холецистолити- аз) острый холецистит может оказаться первым или очередным осложнением длительно протекающего заболевания, что наблюдается в подавляющем боль- шинстве случаев, или явиться первой манифестаци- ей камненосительства. Считать острый холецистит обострением хронического калькулезного холецисти- та терминологически неправильно, так как типич- ным проявлением (обострением) этой формы жел- чнокаменной болезни является симптомокомплекс печеночной колики [6].

Острый бескаменный холецистит, в отличие от калькулезного, фактически представляет собой от- дельную нозологическую форму, так как не является осложнением желчнокаменной болезни. Необходимо отметить, что диагноз острого бескаменного холе- цистита ставится значительно чаще, чем это заболе- вание имеет место на самом деле. Диагностические ошибки обусловлены в первую очередь ложноотри- цательными данными дооперационного ультразвуко- вого исследования, при котором не удается визуали- зировать мелкие конкременты на фоне выраженных воспалительных изменений в желчном пузыре, осо- бенно при увеличении его размеров и значительном объеме неоднородного густого содержимого. Еще од- ной причиной ошибочной диагностики бескаменного холецистита является неполноценное исследование удаленного желчного пузыря.

Известно, что патогенез острого бескаменного холецистита носит преимущественно ишемический характер и обусловлен тромбозом пузырной артерии или ее ветвей [2]. Вполне закономерно, что среди до- казанных случаев острого бескаменного холецистита деструктивные формы заболевания составляют около 80%. Также замечено, что бескаменный холецистит чаще встречается у лиц старших возрастных групп, страдающих атеросклерозом, и началу заболевания нередко предшествует гипертонический криз.

Как видно в представленной классификации, перечень осложнений острого холецистита доста- точно велик, при этом половина из них встречается



примерно с одинаковой частотой. Сочетание двух и более осложнений является крайне неблагоприятным обстоятельством и в подавляющем большинстве случаев обуславливает тяжелое состояние больного. Совершенно очевидно, что попытки консервативного лечения осложненных форм острого холецистита являются грубой тактической ошибкой [2].

В настоящем сообщении мы представляем анализ результатов обследования и лечения 683 больных острым холециститом (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение больных острым холециститом по полу и возрасту (n=683)**

Возраст	Женщины	Мужчины
• младше 30	9,1%	2,3%
• 30-60	38,1%	14,6%
• 61-75	21,9%	8,2%
• 76-90	4,1%	1,6%
		35,8%

Как видно, среди пациентов были представлены практически все возрастные группы, при этом 36% больных были пожилого или старческого возраста. Данный показатель еще раз свидетельствует о высокой актуальности проблемы лечения острого холецистита у пациентов старших возрастных групп. Наши наблюдения позволяют также отметить позднюю обращаемость больных за медицинской помощью. Так, лишь 59% пациентов госпитализируются в течение первых суток после возникновения болевого синдрома, а соответственно 19 и 20% пациентов оказываются в хирургическом стационаре в сроки до 48 и 72 ч от начала заболевания. Позднее трех суток госпитализируются 2% больных.

В 561 случае из 683 была выполнена холецистэктомия по поводу острого холецистита. Бескаменная форма заболевания верифицирована лишь у 2,5% пациентов (рис. 1).

Следует подчеркнуть, что у 80% больных острым калькулезным холециститом морфологические изме-

**Характер осложнений острого холецистита**

Осложнение	Частота осложнений, %
Местный перитонит	1,1
Разлитой перитонит	0,9
Перивезикальный абсцесс	0,5
Околопузырный воспалительный инфильтрат	2,1
Острый холангит	1,8
Острый билиарный панкреатит	3,2
Механическая желтуха	2,5
Билиарный сепсис	0,2

нения в желчном пузыре носили флегмонозный или гангренозный характер. Данный показатель уже сам по себе отрицает целесообразность консервативно-выжидательной тактики при остром холецистите.

В наших клинических наблюдениях встречались практически все осложнения острого холецистита (табл. 2).

Как видно, чаще других отмечались околопузырный инфильтрат, острый холангит, билиарный панкреатит и механическая желтуха.

Существенная доля неудовлетворительных результатов лечения острого холецистита обусловлена диагностическими ошибками на дооперационном этапе и дефектами интраоперационной диагностики. Тезис о том, что диагностический процесс основан в первую очередь на анализе клинической картины заболевания, был и остается бесспорным. Однако без лабораторных, лучевых и эндоскопических методов исследования даже самый опытный хирург не сможет ответить на все вопросы, возникающие в каждом конкретном наблюдении острого холецистита.

В практике любой клинико-экспертной комиссии нередко рассматриваются случаи, в которых дефекты диагностики обусловлены ограниченными возможностями выполнения по «скорой помощи» тех или иных лабораторных и инструментальных исследований. Согласно регламентирующим документам недостатки в организации неотложной медицинской

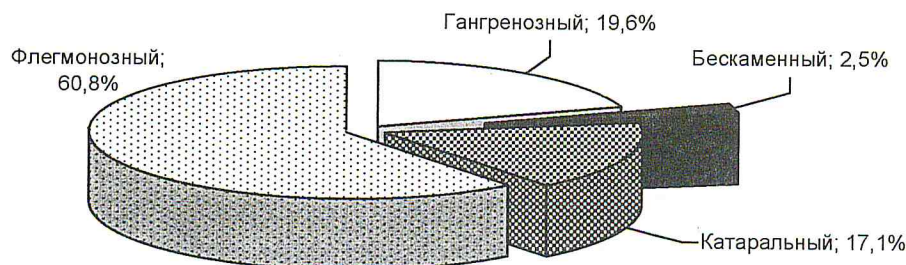


Рис. 1. Морфологические формы острого холецистита (n=561)

Таблица 3

Объем лабораторных исследований при остром холецистите на дооперационном этапе

Обязательные	Дополнительные
Общий клинический анализ крови, Общий анализ мочи, амилаза мочи	Щелочная фосфатаза Электролиты крови Общий белок и его фракции Кислотно-щелочное состояние Индекс токсичности по МСМ
Биохимические анализы крови: сахар, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, креатенин, мочевины, протромбин	
Группа крови и резус-фактор, анализ крови на RW, ВИЧ, маркеры гепатита В и С	

Таблица 4

Объем инструментальных исследований при остром холецистите на дооперационном этапе

Обязательные	Дополнительные
ЭКГ Обзорная рентгенография груди	Обзорная рентгенография живота ИРГТ
УЗИ органов брюшной полости Фиброгастродуоденоскопия	ЭРХПГ МРХПГ

помощи являются не оправданием, а причиной неполноценного обследования больного.

Диагностический алгоритм при остром холецистите не только направлен на верификацию основного заболевания и его осложнений, но и предусматривает оценку состояния больного в целом, определяя при этом степень операционно-анестезиологического риска. Поэтому в нашей работе мы используем как обязательные, так и дополнительные методы исследований (табл. 3, 4, рис. 2).

Особая роль на дооперационном этапе отводится полипозиционному ультразвуковому исследованию,

фиброгастродуоденоскопии и магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии. Неоценимое значение для оценки функционального состояния больного имеет интегральная реография тела.

Диагностика осложнений желчнокаменной болезни нередко представляет трудности даже в плановых ситуациях. В ургентной хирургии эти трудности значительно возрастают и обуславливают необходимость продолжения диагностики в ходе вмешательства. По показаниям выполняются следующие интраоперационные исследования:

- ✓ Холангиография
- ✓ Ультразвуковое исследование
- ✓ Эндоскопическая ретроградная холангиография
- ✓ Холедохоскопия

**Показания:**

- Подозрение на холедохолитиаз (по данным дооперационного обследования)
- Желтуха при поступлении или в анамнезе
- Мелкие конкременты (до 3 мм) в желчном пузыре при широком пузырном протоке (> 3мм)
- Диаметр гепатикохоледоха более 6 мм (по данным УЗИ)
- Трудности идентификации элементов треугольника Кало

Рис. 2. Объем интраоперационных исследований



Перед обсуждением лечебной тактики при остром холецистите необходимо остановиться на основных положениях патогенеза данного заболевания. Как известно, ведущими этиологическими факторами являются:

- обструкция желчного пузыря конкрементом
- внутрипузырная гипертензия
- вторичное нарушение кровообращения в стенке пузыря
- билиарная инфекция
- рефлюкс панкреатического сока в желчный пузырь
- первичный тромбоз пузырной артерии или ее ветвей.

Перечисленные этиологические факторы обуславливают возникновение целого ряда патологических синдромов (табл. 5).

Таблица 5

**Основные патологические синдромы при остром деструктивном холецистите**

– Болевой	• Холестаз
– Воспалительный	• Билиарная гипертензия
– Симпато-адреналовый	• Печеночноклеточная недостаточность
– Метаболический	• Гепатоцитоллиз
Расстройства кровообращения в печени и спланхническом бассейне	

В течение очень короткого времени при деструктивном и, особенно, осложненном остром холецистите развиваются системные расстройства, основными из которых являются:

- тканевая гипоксия
- эндогенная интоксикация
- парез кишечника и энтеральная недостаточность
- печеночная недостаточность
- острое повреждение легких
- сердечно-сосудистая недостаточность.

Совершенно очевидно, что перечисленные мультиорганные и системные расстройства при сохраненной причине их возникновения не только не могут быть устранены с помощью медикаментозных воздействий, но и будут неизбежно прогрессировать в связи с развитием очередных осложнений деструктивного холецистита.

Споры по поводу лечебной тактики при остром холецистите продолжают непрерывно в течение нескольких десятилетий. В литературе и клинической практике широко известен тезис о том, что срочная операция при остром холецистите значительно более опасна, чем плановое вмешательство после купирования острого воспалительного процесса [3].

В качестве основного принципа хирургической тактики данное положение следует считать глубоко ошибочным и вредным, так как оно смешивает подходы к лечению простых и деструктивных, неосложненных и осложненных форм заболевания, объединяет абсолютные и относительные показания к операции и, следовательно, призывает к универсальной, консервативно-выжидательной тактике при остром холецистите. Существует и диаметрально противоположная позиция, согласно которой острый холецистит является показанием к экстренной или срочной операции, выполняемой в максимально возможном объеме [9, 10]. Оба принципа носят характер крайности и большинством авторов считаются неприемлемыми.

Таким образом, лечебная тактика при остром холецистите не может быть исключительно агрессивной или, наоборот, выжидательной. Согласно патогенезу заболевания, она должна предусматривать излечение от желчнокаменной болезни, как максимум, или устранение имеющихся и предотвращение очередных осложнений острого холецистита, как минимум.

Одним из важных и до сих пор спорных вопросов является классификация оперативных вмешательств в зависимости от сроков их выполнения. Дискуссии по этому вопросу продолжаются с середины прошлого столетия, однако единого мнения так и не сложилось. Достаточно сказать, что в литературе фигурируют семь терминов, обозначающих те или иные сроки операции: «экстренная», «неотложная», «срочная», «отсроченная», «ранняя», «поздняя» и «плановая». Путаница обусловлена не только обилием терминов, но и разным пониманием их смысла, несмотря на то, что среди перечисленных слов имеются три группы синонимов. Совершенно очевидно, что такая неопределенность классификации неизбежно влечет за собой существенные разногласия по поводу показаний к тем или иным вмешательствам и весьма затрудняет сравнительный анализ различных тактических подходов к лечению острого холецистита.

Обсуждение данного вопроса требует вначале уточнения двух обстоятельств. Во-первых, классификация операций по срокам их выполнения определяется не только временными показателями, но и характером ургентной патологии. Вполне очевидно, что временные рамки для одноименных вмешательств при остром холецистите и, например, желудочно-кишечных кровотечениях не могут быть одинаковыми. Во-вторых, согласно правилам русского языка синонимы несут одинаковую смысловую нагрузку и не могут трактоваться по-разному.

Так, четырехтомный словарь русского языка [8] гласит: «экстренный» – срочный, неотложный, немедленный; «срочный» – требующий быстрого, немедленного исполнения; «неотложный» – выпол-





Рис. 3. Классификация оперативных вмешательств при остром холецистите

нение которого нельзя отложить, не допускающий промедления, срочный. Аналогичная трактовка указанных терминов приводится и в словаре русского языка С. И. Ожегова [7]. Что же касается понятий «отсроченный» и «ранний», «плановый» и «поздний», то в интересующем нас аспекте их допустимо считать смысловыми синонимами, обозначающими перенос действия или события на короткий или длительный сроки соответственно.

Основываясь на анализе литературы и мнении большинства хирургов, а также на многолетнем опыте нашей клиники, мы предлагаем следующую классификацию оперативных вмешательств при остром холецистите (рис. 3).

В результате активной хирургической тактики при остром холецистите с объективным обоснованием показаний и противопоказаний к операции

и аргументированным выбором варианта вмешательства в каждом конкретном случае 86,8% наших больных подверглись хирургическому лечению и 13,2% пациентов получали консервативную терапию (рис. 4, 5).

Под радикальной операцией понимается такое вмешательство, которое излечивает пациента от желчнокаменной болезни и имеющих ее осложнений. Минимальным объемом такой операции при остром холецистите является холецистэктомия. Паллиативные вмешательства, в число которых входят малоинвазивные операции, направлены на купирование воспалительного процесса в желчном пузыре и предотвращение развития очередных осложнений острого холецистита у больных с высоким и очень высоким операционно-анестезиологическим риском по классификации ASA.

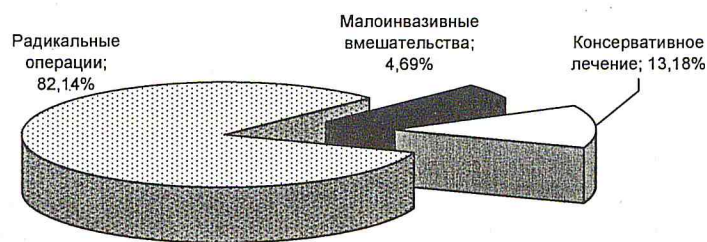


Рис. 4. Методы лечения больных острым холециститом (n=683)

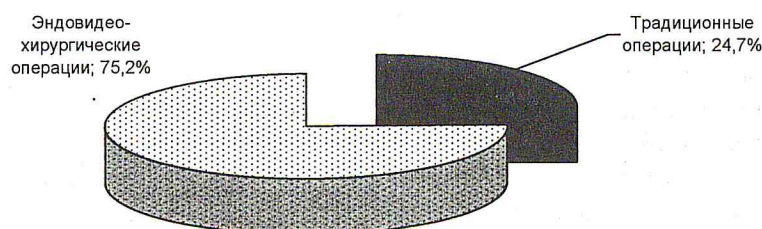


Рис. 5. Варианты «радикальных» оперативных вмешательств (n=561)



Показаниями к срочным «радикальным» операциям, которые выполняются в течение 3–6 ч от момента госпитализации больного, являются:

- местный или распространенный перитонит
- перфорация желчного пузыря
- перивезикальный абсцесс
- достоверные признаки гангренозного холецистита.

Среди наших наблюдений срочные операции составили 2,9% всех «радикальных» вмешательств.

Отсроченные операции выполняются до 72 ч (в исключительных случаях – до 5 сут) с момента госпитализации. Показаниями к отсроченным вмешательствам являются:

- осложненные формы острого холецистита, не требующие срочной операции
- неэффективность консервативной терапии при неосложненных формах острого холецистита.

Следует подчеркнуть, что при гнойном холангите и механической желтухе с высокой степенью эндотоксикоза операция выполняется в течение 24 ч.

Среди наших наблюдений отсроченные операции составили 97,1% всех «радикальных» вмешательств.

Из 683 больных острым холециститом умерли 3 пациента в раннем послеоперационном периоде. Причинами летальных исходов явились билиарный сепсис, тромбоэмболия ветвей легочной артерии и острая сердечная недостаточность. Общая летальность составила 0,44%, а послеоперационная – 0,53%.

Таким образом, лечебная тактика при остром холецистите принципиально определяется следующими обстоятельствами:

- формой острого холецистита
- характером его осложнений
- наличием других осложнений желчнокаменной болезни
- продолжительностью заболевания
- операционно-анестезиологическим риском больного.

Адекватность оценки указанных обстоятельств и, следовательно, рациональность тактических решений напрямую зависят от полноты обследования больного при поступлении.

Неправильный выбор хирургической тактики является ведущей причиной послеоперационных осложнений и летальных исходов при остром холецистите. К наиболее частым ошибкам относятся:

- неоправданное консервативное лечение и запоздалое оперативное вмешательство при деструктивных и осложненных формах острого холецистита;
- необоснованное «открытое» хирургическое вмешательство или неправильный выбор лапароскопического варианта операции у пациентов с дли-

тельными сроками заболевания и выраженным околопузырным инфильтратом;

- неадекватный объем вмешательства при сочетании острого холецистита с холедохолитиазом;
- отказ от интраоперационного наружного дренирования желчных протоков при остром холецистите, осложненном холангитом, панкреатитом, печеночной недостаточностью;
- превышение объема операции (отказ от малоинвазивного дренирующего вмешательства) при деструктивных формах острого холецистита у больных IV группы риска по классификации ASA, а также недооценка тяжести состояния пациента и неадекватность предоперационной подготовки.

Как следует из настоящего сообщения, проблему острого холецистита ни в коем случае нельзя считать неразрешимой. Возможности значительного улучшения результатов лечения данной патологии очевидны, а пути достижения этой цели достаточно хорошо известны. Строгое соблюдение современных принципов диагностики и лечения желчнокаменной болезни и дифференцированный подход к каждому пациенту были, остаются и будут главными условиями успеха.

#### Литература

1. Берников О.Г. Основные направления оптимизации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению при остром животе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2007. 18 с.
2. Васильев В.Е., Перунов А.Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // *Consilium medicum*. 2001. <http://www.consilium-medicum.com/> <http://www.consilium-medicum.com/> Т. 3. № 6.
3. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Митичкин А.Е. Лечение острого холецистита / СПбМАПО. СПб., 1999. 96 с.
4. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: Издательский дом «Видар», 2000. 144 с.
5. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991–2000) // *Архив патологии*. 2002. Приложение № 1. С. 1–64.
6. Майстренко Н.А., Нечай А.И. Гепатобилиарная хирургия. СПб.: Специальная литература, 1999. 268 с.
7. Ожегов С.И. Словарь русского языка: 70000 слов / Под ред. Н. Ю. Шведовой. 21-е изд., перераб. и доп. М., 1989. 924 с.
8. Словарь русского языка: В 4 т. / АН СССР, Ин-т рус. яз.; Под ред. А. П. Евгеньевой. 2-е изд., испр. и доп. М., 1981–1984.
9. Eldar S., Eitan A., Bickel A., Sabo E. et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // *Am. J. Surg.* 1999. Vol. 178. № 4. P. 303–307.
10. Suter M., Meyer A. A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it safe? // *Surg. Endosc.* 2001. Vol. 15. №10. P. 1187–1192.