

**В.М. Мадьяров, М.М. Сахипов, Г.Р Жапаркулова.**

Казахско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан  
Городская клиническая больница №7 Алматы, НРВ-centre

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА

**Резюме:** Проанализированы за последние три года результаты оперативного лечения 200 больных с осложненными формами желчно-каменной болезни. Доказано, что риск возникновения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита зависит от характера патологического процесса в желчном пузыре. По поводу гнойно-деструктивных форм заболевания при остром калькулезном холецистите оперировано 79,7% больных и 38,9% при необструктивной форме холецистита. Риск интраабдоминальных осложнений зависит от наличия обструкции, выявленное у 18,1% больных с обтурационной и 5,6% у пациентов с необтурационной формой. Госпитализация при гнойно-деструктивных формах 63,5% пациентов в первые 2 часа и 85,7% в первые 6 часов от момента заболевания, дает возможность своевременно оперировать больных до развития его интраабдоминальных осложнений.

**Ключевые слова:** желчно-каменная болезнь, гнойно-деструктивные формы холецистита, обтурационный калькулезный холецистит, необтурационный калькулезный холецистит, операция, интраабдоминальные осложнения.

**Актуальность** Острый холецистит занимает второе место в структуре urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Более чем в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне желчно-каменной болезни (ЖКБ), на остальные этиопатогенетические формы (инфекционный, ферментативный, первично-сосудистый) приходится менее 10% [Ермолов А.С. и соавт., 2004; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2005; Robert E. G. et al, 2000].

Среди разнообразных форм и клинических вариантов острого калькулезного холецистита наибольшую угрозу интраабдоминальных осложнений представляют гнойно-деструктивные формы (флегмонозный холецистит, эмпиема желчного пузыря, гангренозный холецистит, перфоративный холецистит) [Кузнецов М.А. и соавт., 2003; Борисов А.Е. и соавт., 2002; Charfare H., Cheslyn-Curtis S., 2003]. Дальнейшее совершенствование помощи этим пациентам невозможно без ранней диагностики и активизации хирургической тактики лечения именно этой категории больных [Баулин А.А. и соавт., 2009; Frimberger E. et al, 2001; Mercer S. J., Knight J. S., Toh S. K. C. et al., 2004]. В городской клинической больнице №7 г. Алматы ежегодно выполняется 400 и более операций на желчном пузыре и желчных протоках по экстренным показаниям.

**Цель работы:** Проведение анализа результатов обследования и хирургического лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни.

**Материалы и методы:** В исследование включены отобранные "слепым" методом 200 пациентов с острым калькулезным холециститом из оперированных в городской клинической больнице №7 г. Алматы за 2016 - 2018г.г.

С целью оценки возможности диагностики и лечения обтурационного калькулезного холецистита (ОКХ) и необтурационного калькулезного холецистита (НОКХ) все больные были разделены на 2 группы. Первая группа - 182 пациента, оперированных по поводу ОКХ, некоторые из них на фоне хронических заболеваний желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Вторая группа - 18 больных, оперированных в связи с НОКХ.

Предметом анализа являлись данные анамнеза, клиничко-лабораторные показатели, данные инструментальных методов исследования, операционные находки, особенности оперативных вмешательств, данные гистологического

исследования операционных препаратов, течение послеоперационного периода. Среди поступивших с ОКХ мужчин было 26%, женщин - 74%, с НОКХ - соответственно 28% и 72%. Возраст больных от 17 до 79 лет, средний возраст пациентов с ОКХ равнялся 56,7 ± 2,3 года, в группе НОКХ — 54,9±3,4 года. Значительную часть больных составили люди пожилого и старческого возраста. Старше 65 лет было 94 пациента (47%).

Основной жалобой была боль, которую отмечали все больные. Больные в состоянии средней тяжести поступило 151 (74,5%), в том числе 136 больных с ОКХ (73,6%) и 13 - с НОКХ (72,2%). Доля пациентов в тяжелом состоянии относительно невелика - 8 (4%), в том числе 7 с ОКХ (3,8%) и 1 с НОКХ (5,5%). В удовлетворительном состоянии: 41 (21,5%) больной, в том числе 37 (20,5%) с ОКХ и 4 (22,2%) с НОКХ.

Тяжесть состояния была обусловлена проявлениями острого холецистита, возрастом пациентов и степенью выраженности у них сопутствующих заболеваний.

**Результаты исследования:** У 81 % пациентов диагностированы сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистой системы - у 63,7% пациентов с ОКХ и у 60,2% с НОКХ, дыхательной системы - соответственно у 8,2 и 11%, желудочно-кишечного тракта - у 9,7 и 11%, хроническая почечная недостаточность — у 5,3 и 5,5%, эндокринные заболевания - у 1,3 и 5,5%, ожирение - у 24,2 и 22%. Патологические изменения более двух систем одновременно выявлены у 15,3% больных с ОКХ и у 16,5% больных с НОКХ.

Зоны болезненности, определяемые при пальпации живота, большей частью соответствовали субъективным ощущениям боли пациентами. Локальная болезненность в правом подреберье отмечена у всех больных. В 1/3 наблюдений дополнительно к этому определялась болезненность в эпигастриальной области. Напряжение мышц живота в правом подреберье отмечалось у 104 (57,1 %) больных с ОКХ и у 4 (22,2%) больных с НОКХ.

Лейкоцитоз был отмечен у 30,5% больных с ОКХ и у 33,3% с НОКХ, количество лейкоцитов в среднем составило соответственно 9,55±0,44·10<sup>9</sup>/л и 8,92±0,56·10<sup>9</sup>/л. Гипербилирубинемия отмечена у 26% больных в группе ОКХ и у 37,8% больных в группе

НОКХ, в целом повышение уровня билирубина не выходило за пределы 50 мкмоль/л. Гиперамилаземия отмечена у 24% больных с ОКХ и у 28,2% больных с НОКХ, максимальное значение уровня амилазы не превышало 216,5 ед/л.

По результатам нашего исследования можно предположить, что данные только клинико-лабораторного обследования пациентов позволяют диагностировать острый холецистит, но не дифференцировать конкретные его формы.

Для экспресс-диагностики гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита нами выделено 3 группы признаков:

*Первая* - Синдром обструкции желчного пузыря: пальпируемый, увеличенный, болезненный и напряженный желчный пузырь. Признаки ОКХ на УЗИ: фиксированный конкремент в шейке ЖП, положительный симптом Мерфи, недеформирующийся ЖП при пальпации под контролем УЗИ, утолщение стенки ЖП >4 мм, двойной контур стенки ЖП, эхогенная неоднородность.

При УЗИ конкремент в шейке ЖП диагностирован у 177 пациентов с ОКХ (98,3%), в группе больных с НОКХ фиксированных конкрементов в шейке ЖП не выявлено. Изменение линейных размеров ЖП зарегистрировано у 152 (84,4%) больных с ОКХ и у 11 (61,1%) больных с НОКХ.

Длина ЖП колебалась от 92 до 147 мм, толщина - от 28 до 52 мм, составив в среднем соответственно  $108 \pm 2$  и  $43 \pm 3$  мм.

*Вторая* - Перитонеальный: Мышечный дефанс, симптом Менделя, симптом Щеткина - Блюмберга. Напряжение мышц живота в правом подреберье определялось у 104 (57,1 %) больных с ОКХ и у 4 (22,2%) больных с НОКХ.

*Третья* - Воспалительного ответа: Лейкоцитоз как неспецифическую реакцию организма на острый воспалительный процесс. По результатам исследования лейкоцитоз отмечен у 30,5% больных с ОКХ и у 33,3% больных с НОКХ, количество лейкоцитов в среднем составило соответственно  $9,55 \pm 0,44 \cdot 10^9/\text{л}$  и  $8,92 \pm 0,56 \cdot 10^9/\text{л}$ .

**Обсуждение.** Таким образом, обнаружение даже только одного из описанных выше синдромов должно 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 высоковероятным.

В приемно-диагностическом отделении диагноз деструктивной формы острого калькулезного холецистита был установлен у 63,5% больных. Остальные больные были госпитализированы по поводу "катарального" калькулезного холецистита, в том числе и без учета явных клинических критериев деструкции.

Тактика лечения больных с urgentными осложнениями ЖКБ - оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора является холецистэктомия. По результатам операции:

- катаральный холецистит имел место у 48 (24%) пациентов,
- флегмонозный - у 129 (64,5%),
- гангренозный - у 22 (11%).

Диагноз был подтвержден гистологическим методом.

В 34 (17%) наблюдениях острый холецистит сопровождался местным перитонитом или перивезикальным инфильтратом. Морфологические формы холецистита приведены в таблице 1.

**Таблица 1** - Распределение больных в зависимости от морфологической формы холецистита

Форма холецистита	НОКХ (n = 18)	ОКХ (n = 182)	Всего (n = 200)
Катаральный	11 (61,1)	37 (20,3)	48 (24)
Флегмонозный	7 (38,9)	123 (67,6)	130 (65)
В том числе с местным перитонитом, инфильтратом	1 (14,3)	24 (19,5)	25 (19,2)
Гангренозный	0	22 (12,1)	22 (11)
В том числе с местным перитонитом, инфильтратом	0	9 (41)	9 (41)

Интраабдоминальные осложнения (перивезикальный инфильтрат, местный перитонит) отмечалось у 33 (18,1%) пациентов. 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.

Интраабдоминальные осложнения НОКХ обнаружены у 1 (5,6%) пациента. У этих больных во время операции не было обтурации пузырного протока. Но данные интраоперационной холангиографии позволили выявить холедохолитиаз, который и



явился причиной билиарной гипертензии и необтурационного острого калькулезного холецистита. Операция была дополнена холедохолитотомией, литоэкстракцией, дренированием общего желчного протока по Керу у 11 (61,1%) больных, у 6 (33,3%) больных с патологическими изменениями общего желчного протока, но с диаметром внепеченочных желчных протоков менее 6 мм установлен дренаж Холстеда-Пиковского. При дооперационном обследовании в этой группе больных не было пациентов с вероятностью гнойно-деструктивной формы острого холецистита более 91%.

Частота послеоперационных осложнений в группе из 200 больных составила 4,5% (9 наблюдений), летальность - 0,5% (1 пациент).

**Выводы**

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что риск возникновения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита зависит от характера патологического процесса в желчном пузыре. По поводу гнойно-

деструктивных форм заболевания при ОКХ оперировано 79,7% больных, при НОКХ - 38,9%. Риск интраабдоминальных осложнений зависит от наличия обструкции: 18,1% у больных с ОКХ и 5,6% у пациентов с НОКХ.

Госпитализация при гнойно-деструктивных формах 63,5% пациентов в первые 2 часа и 85,7% в первые 6 часов от момента заболевания, дает возможность своевременно оперировать больных с до развития его интраабдоминальных осложнений.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** - не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** - не проводилось.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ермолов А.С., Упыров А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к предстоящему // Хирургия. — 2004. — №5. - С. 5-9.  
 2 Шевченко Ю.Л. Щадящая хирургия / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С. 320.  
 3 Robert E.G., Michael C., Matthew M.H., et al. The Spectrum and Cost of Complicated Gallstone Disease in California // Arch Surg. -2000. -Vol.135. -P. 1021 – 1025.  
 4 Кузнецов М.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холециститите // Хирургия. 2003. - №5. - С.35-49.  
 5 Борисов А.Е. с соавт. Возможности малоинвазивных технологий в лечении хо-ледохолитиаза у больных повышенного риска // Анналы хир. гепатол. -2002. -№ 1. - С. 88-89.

6 Charfare H., Cheslyn-Curtis S. Selective cholangiography in 600 patients undergoing cholecystectomy with 5-year follow-up for residual bile duct stones // Ann R Coll Surg Engl. 2003. - Vol.85. - P. 167 - 173.1.1  
 7 Баулин А.А., Середин С.А., Квасов А.Е. и др. Сравнение непосредственных результатов различных вариантов техники холецистэктомий // Эндоскоп, хирургия. — 2009. №1. - С. 9 -10.  
 8 Frimberger E., Vente T., Wagenfeil S. et al. A new system for large-caliber percutaneous transhepatic drainage in patients with obstructive jaundice: a prospective randomized trial //Endoscopy. 2001. - Vol.33. - P. 201 - 209.  
 9 Mercer S. J., Knight J. S., Toh S. K. C. et al. Implementation of a specialist-led service for the management of acute gallstone disease // Br J Surg. 2004. - Vol.91. - P.504 - 508.

REFERENCES

1 Ermolov A.S., Upyrov A.V., Ivanov P.A. Hirurgija zhelchnokamennoj bolezni: ot projdennoho k nastojashhemu // Hirurgija. — 2004. — №5. - S. 5-9.  
 2 Shevchenko Ju.L. Shhadjashhaja hirurgija / M.: GJeOTAR-Media, 2005. - S. 320.  
 3 Robert E.G., Michael C., Matthew M.H., et al. The Spectrum and Cost of Complicated Gallstone Disease in California // Arch Surg. -2000. -Vol.135. -P. 1021 – 1025.  
 4 Kuznecov M.A., Aronov L.S., Haritonov S.V. Vybor taktiki, srokov i metoda provudeniija operacii pri ostrom holecistittite // Hirurgija. 2003. - №5. - S.35-49.  
 5 Borisov A.E. s soavt. Vozmozhnosti maloinvazivnyh tehnologij v lechenii ho-ledoholitiaz a u bol'nyh povyshennogo riska // Annaly hir. gepatol. -2002. -№ 1.-S. 88-89.

6 Charfare H., Cheslyn-Curtis S. Selective cholangiography in 600 patients undergoing cholecystectomy with 5-year follow-up for residual bile duct stones // Ann R Coll Surg Engl. 2003. - Vol.85. - P. 167 - 173.1.1  
 7 Baulin A.A., Seredin S.A., Kvasov A.E. i dr. Sravnenie neposredstvennyh rezul'tatov razlichnyh variantov tehniki holecistjektomij // Jendoskop, hirurgija. — 2009. №1. - S. 9 -10.  
 8 Frimberger E., Vente T., Wagenfeil S. et al. A new system for large-caliber percutaneous transhepatic drainage in patients with obstructive jaundice: a prospective randomized trial //Endoscopy. 2001. - Vol.33. - P. 201 - 209.  
 9 Mercer S. J., Knight J. S., Toh S. K. C. et al. Implementation of a specialist-led service for the management of acute gallstone disease // Br J Surg. 2004. - Vol.91. - P.504 - 508.

**В.М. Мадьяров, М.М. Сахипов, Г.Р. Жапаркулова**

*Қазақ-Ресей медицина университеті, Алматы, Қазақстан  
 №7 Қалалық клиникалық ауруханасы, НРВ-centre, Алматы, Қазақстан*

**ӨТ-ТАС АУРУЫНЫҢ АСҚЫҢҒАН ТҮРЛЕРІН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ НЕГІЗДЕРІ**

**Түйін:** Өт-тас ауруының асқынған түрлерімен емделген 200 науқастың нәтижелері сарапталды. Жедел калькулезді холециститтің іріңді-

деструктивті түрлерінің пайда болуы өт қабындағы патологиялық процеске байланыстылығы дәлелденді. Аурудың іріңді-деструктивті түрлеріне байланысты



79,7% науқасқа жедел калькулезді холецистит бойынша, ал 38,9% - обструкциясы жоқ холециститке операция жасалынды.

Интраабдоминальды асқынулардың болуы бітелуге байланысты: 18,1% обтурационды, ал 5,6% обтурациялық емес түрлерінде кездесті.

Іріңді-деструктивті түрлерінің 63,5% науқастың алғашқы сағаттарда, ал 85,7% науқастың 6

сағаттың ішінде ауруханаға жатқызылуы интраабдоминальды асқынулардың пайда болмай тұрып операция жасауға мүмкіндік береді.

**Түйінді сөздер:** Өт-тас ауруы, холециститтің іріңді-деструктивті түрлері, обтурационды калькулезды холецистит, обтурационды емес калькулезды холецистит, операция, интраабдоминальды асқынулар

**V.M. Madiarov, M.M. Sakhipov, G.R. Zhabarkulova**  
Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan  
City clinical hospital № 7, HPB-centre, Almaty, Kazakhstan

#### THE PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF GALLSTONE DISEASE

**Resume:** The results of treatment of 200 patients with complicated forms of gallstone disease were analyzed. It is proved that the risk of purulent-destructive forms of acute calculous cholecystitis depends on the nature of the pathological process in the gallbladder. For purulent-destructive forms of the disease in acute calculous cholecystitis, 79.7% of patients and 38.9% of patients with non-obstructive form of cholecystitis were operated on. The risk of intra-abdominal complications depends on the presence of obstruction, identified in 18.1% of patients with

obstructive and 5.6% in patients with non-obstructive form. Hospitalization with purulent-destructive forms of 63.5% of patients in the first 2 hours and 85.7% in the first 6 hours from the time of the disease makes it possible to timely operate patients before the development of its intra-abdominal complications.

**Key words:** cholelithiasis, purulent-destructive forms of cholecystitis, obstructive calculous cholecystitis, non-obstructive calculous cholecystitis, surgery, intra-abdominal complications.

#### Контактные данные

Мадьяров В.М. +77017322844, [valihan-66@mail.ru](mailto:valihan-66@mail.ru) д.м.н., профессор. Заведующий кафедры «Хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии» Казахско-Российского медицинского университета

М.М. Сахипов д.м.н., доцент. и.о профессора кафедры «Хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии» Казахско-Российского медицинского университета. Заведующий отделением хирургии №7 городской клинической больницы г. Алматы

Г.Р. Жапбаркулова ассистент кафедры «Хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии» Казахско-Российского медицинского университета.