

СКРЫТЫЕ ФОРМЫ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А.В.Верба, И.П.Марцинковский

**Военно-медицинский клинический центр Центрального региона
Винница, Украина**

В работе представлены результаты лечения 356 больных с желчнокаменной болезнью, находившихся на лечении в Военно-медицинском клиническом центре Центрального региона в 2012 г. Из них скрытая форма деструктивного холецистита наблюдалась у 46 (12,9%) больных. Оперативные вмешательства выполнялись традиционным методом, лапароскопической методикой, в 11 случаях была конверсия. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, скрытая форма деструктивного холецистита.

Введение

Проблема хронического калькулезного холецистита до сих пор до конца не решена и наносит большой экономический ущерб. Количество больных с хроническим калькулезным холециститом продолжает увеличиваться. Так, в 70-х годах прошлого века заболеваемость была 3,9 на 1000 населения, в 2000 г. она уже составила 7, а сегодня достигает в отдельных странах до 9-11 человек на 1000 населения. По поводу данного заболевания в 13,3% случаев больные госпитализируются по два, три и более раз, причем до 6,8% — в течение одного года [7]. Хроническим калькулезным холециститом страдает почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Ежегодно количество холецистэктомий увеличивается, летальность при плановой холецистэктомии составляет 0,5-0,8%, при остром холецистите — 2-12% и около 15% — на высоте приступа [11]. Данное заболевание называют «болезнью 5 F»: female — женщина, forty — возраст, fertile — много беременностей, fat — ожирение, fair — светлые волосы.

К настоящему времени решены многие вопросы патогенеза, диагностики и лечения калькулезного холецистита. Однако до настоящего времени актуальной остается проблема выбора рациональной хирургической тактики при данной патологии.

В научных публикациях последних лет и как показывает наша практика, при выполнении холецистэктомии в «холодном» периоде в 30-60% случаев обнаруживается деструктивно измененный желчный пузырь. Основанное на клинических и лабораторных данных впечатление об улучшении состояния пациента и купировании острого приступа в этих случаях оказывается ложным, поскольку воспаление и деструкция в стенке желчного пузыря сохраняются или продолжают нарастать. Такой вариант течения болезни трактуется как скрытая форма деструктивного холецистита (СФДХ) [6].

Большинство хирургов опираются на клиничко-лабораторные признаки в оценке стихания приступа калькулезного холецистита. В то же время ультразвуковой мониторинг оказывается методом, позволяющим с высокой точностью определить истинный характер патологического процесса.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения 356 больных с желчнокаменной болезнью, которые лечились в хирургических клиниках Военно-медицинского клинического центра Центрального региона в 2012 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Оперирован 321 пациент, что составило оперативную активность 90,1%. Летальных исходов не было. Больных с обострением хронического калькулезного холецистита было 122 (34,3%). У 46 (26 (56,6%) женщин и 20 (43,4%) мужчин) в «холодном» периоде выявлены различные формы деструктивного холецистита. Флегмонозный холецистит — 28 (63,1%), гангренозный — 18 (36,9%). Среди этих больных преобладали пациенты с возрастом от 60 лет — 27 (58,7%), до 40 лет было 5 (10,9%) пациентов, больных от 40 до 60 лет — 14 (30,2%). Средний возраст составил 61 год. Давность заболевания варьировала от одних суток до 2 недель и в 3 случаях — более одного месяца. Все пациенты отмечали многочисленные обострения, 67,4% из них лечились самостоятельно, стационарно — 32,6%. Жителей города было 28 (60,9%), села — 18 (39,1%). Все больные были комплексно обследованы. При необходимости выполнялись дополнительные методы исследований.

Отмечалось следующее взаимоотношение лейкоцитов и СОЭ: у 29 (63%) больных наблюдалось нормальное содержание лейкоцитов при высоких цифрах СОЭ (30 мм и выше), у 13 (28,3%) больных — лейкоцитоз с незначительной СОЭ (15–30 мм), и только у 4 (8,7%) пациентов отмечалось нормальное количество лейкоцитов и СОЭ.

По данным ультразвукового мониторинга, у 28 (60,8%) пациентов было обнаружено утолщение стенки желчного пузыря, ее слоистость, неоднородность, несмотря на улучшение клинической картины и лабораторных показателей.

Из оперативных вмешательств традиционная холецистэктомия была выполнена у 13 (28, 26%) больных, лапароскопическая — у 22 (47, 82%), конверсия — у 11 (23, 92%) пациентов из-за воспалительного инфильтрата, затрудняющего детализацию анатомических структур.

Выводы

1. Раннее распознавание скрытых форм деструктивного холецистита для обоснования активной хирургической тактики лечения является актуальным.

2. Основным инструментальным методом для выявления скрытых форм деструктивного холецистита является ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

3. У больных с клиникой деструктивного калькулезного холецистита, осложненного подпеченочным инфильтратом, допустимо начать операцию лапароскопическим методом с последующим интраоперационным определением тактики.

Литература

1. Лысманова Е.Г. Диагностика и хирургическое лечение скрытой формы гнойно-деструктивного холецистита: Автореф. дисс. к.мед.н. — Волгоград, 1998. — 24 с.
2. Орешкин А.Ю. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: Дис. к.мед.н. — Волгоград, 2000. — 158 с.
3. Быков А.В. Синдромная ультразвуковая диагностика деструктивного холецистита. Сб. тезисов докладов научн. Конф. «Экспериментальные и клинические аспекты патологии органов пищеварения» / А.В.Быков, Е.Г.Лысманова, В.И.Зинченко. — Волгоград, 1996. — С. 11-12.
4. Быков А.В. Ультразвуковое исследование перед малоинвазивной холецистэктомией / А.В.Быков, А.Ю.Орешкин, В.И.Зинченко, А.С.Назарук // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1997. — №2. — С. 65-66.

5. Быков А.В. Скрытая форма деструктивного холецистита как препятствие для выполнения малоинвазивной холецистэктомии. Тезисы докладов Междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ / А.В.Быков, А.Ю.Орешкин // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4, №2.
6. Быков А.В. Скрытая форма деструктивного холецистита как фактор риска холецистэктомии / А.В.Быков, А.Ю.Орешкин, С.Ф.Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, №1. — С. 92-93.
7. Быков А.В. Активная хирургическая тактика у пожилых больных с острым холециститом / А.В.Быков, А.Ю.Орешкин, С.Ф.Захаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, №1. — С. 92-93.
8. Быков А.В. Решение об операции при остром холецистите по данным анкетирования хирургов / А.В.Быков, А.Ю.Орешкин // *Вестник Волгоградской медицинской академии*. — 2001. — Т. 57, вып. 7. — С. 141-144.
9. Быков А.В. Малоинвазивная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита / А.В. Быков, А.Ю.Орешкин, С.Ф.Захаров // *Матер. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов «Новые технологии в лечении желчнокаменной болезни, диагностика и показания к хирургическому лечению»*. — Кисловодск, 2003. — С. 18.
10. Баулин Н.А. Хирургическая тактика при остром холецистите / Н.А.Баулин, В.А.Абашев, А.А.Баулин, М.М.Беренштейн // *Хирургия*. — 1991. — №2. — С. 12-16.
11. Бебуришвили А.Г. Тактика при стихающем приступе острого холецистита / А.Г.Бебуришвили, В.А.Гольбрайх и др. // *Методы диагностики, функц.-морфологические и соц.-эконом. аспекты при доброкачественных заболеваниях желчных путей: матер. Всесоюз. конф. хирургов*. — Тула, 1991. — С. 132-133.
12. Бебуришвили А.Г. Малоинвазивные операции при деструктивном холецистите / А.Г.Бебуришвили, Е.Н.Зюбина, Р.В.Земцов // *Эндоскопическая хирургия*. — 1998. — №4. — С. 14-17.
13. Веронский Г.И. Хирургическая тактика при остром холецистите / Г.И.Веронский, С.Г.Штофин // *Хирургия*. — 1989. — №1. — С. 20-24.

А.В.Верба, І.П.Марцинковський. Приховані форми деструктивного холециститу. Вінниця, Україна.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, приховані форми деструктивного холециститу.

У роботі наведені результати лікування 356 хворих із жовчнокам'яною хворобою, які знаходились на лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону в 2012 р. Серед них приховані форми деструктивного холециститу спостерігалась у 46 (12,9%) хворих. Оперативні втручання виконувалися традиційним методом,

лапароскопічною методикою, в 11 випадках була виконана конверсія. Летальних випадків не було.

A.V.Verba, I.P.Martsynkovskyy. Hidden forms of destructive cholecystitis. Vinnitsa, Ukraine.

Key words: cholecystitis, hidden forms of destructive cholecystitis.

The results of treatment of 356 patients by cholecystitis who were treated at the Military Medical Clinical Centre of the central region in 2012. Of them there was a hidden form of destructive cholecystitis in 46 (12,9%) patients. Surgical interventions performed the traditional method, laparoscopically. In 11 cases, was the conversion. No deaths.