

Желчные пути / Bile ducts

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

DOI: 10.16931/1995-5464.2018284-91

Сравнительный анализ хирургического лечения больных острым холециститом: до и после введения национальных клинических рекомендаций*Тимербулатов В.М.^{1*}, Тимербулатов Ш.В.¹, Гарипов Р.М.¹, Саргсян А.М.²*

¹ Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России; 450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, Российская Федерация

² ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Уфы» Минздрава Республики Башкортостан; 450106, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2, Российская Федерация

Цель. Определение путей уменьшения числа послеоперационных осложнений и летальности при остром холецистите.

Материал и методы. Проведен ретроспективный (2013–2014) и проспективный нерандомизированный (2015–2016) анализ результатов лечения 804 больных острым холециститом. Анализ проводили в двух периодах — до и после внедрения национальных клинических рекомендаций «Острый холецистит» (2015). В первом периоде (2013–2014) лечебная тактика определялась протоколами диагностики и лечения, разработанными в клинике для Приволжского федерального округа. За первый период было оперировано 220 больных (1-я группа), за второй период — 290 (2-я группа).

Результаты. Произошло уменьшение числа конверсий лапароскопической холецистэктомии и вмешательств из минидоступа с 4,09% в первом периоде до 2,41% — во втором ($p < 0,05$; OR 1,724; 95% ДИ 0,632–4,705). В двух сравниваемых группах частота повреждений внепеченочных желчных протоков, послеоперационных тромботических, тромбоэмболических осложнений (ТЭЛА), сердечно-сосудистых осложнений (в том числе инфаркта миокарда) не отличалась ($p > 0,05$; при сердечно-сосудистых осложнениях OR 0,758; 95% ДИ 0,047–12,183). Отмечено сокращение сроков госпитализации с $11,5 \pm 0,8$ дня в 1-й группе до $9 \pm 0,5$ дня ($p < 0,05$) — во 2-й. Отмечено некоторое увеличение послеоперационной летальности с 0,45% в первом периоде до 1,37% — во втором ($p < 0,05$; OR 3,063; 95% ДИ 0,340–27,599).

Заключение. Основной причиной сокращения числа конверсий является более частое выполнение оперативных вмешательств у больных с более легкими формами воспаления желчного пузыря. Это объясняется ранним выполнением оперативных вмешательств, поскольку в течение первых 24–48 ч воспалительный процесс редко охватывает окружающие желчный пузырь органы и ткани, инфильтративно-спаечные изменения также не бывают выраженными. При продолжительном консервативном лечении (3–5 сут) указанные явления создают значительные технические сложности во время оперативных вмешательств; также они являются причиной увеличения частоты конверсий.

Ключевые слова: желчный пузырь, печень, желчные протоки, острый холецистит, факторы риска, клинические рекомендации, конверсия, осложнения.

Ссылка для цитирования: Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Гарипов Р.М., Саргсян А.М. Сравнительный анализ хирургического лечения больных острым холециститом: до и после введения национальных клинических рекомендаций. *Анналы хирургической гепатологии*. 2018; 23 (2): 84–91. DOI: 10.16931/1995-5464.2018284-91.

Авторы подтверждают отсутствие конфликтов интересов.

Comparative analysis of surgery for acute cholecystitis: before and after national recommendations acceptance*Timerbulatov V.M.^{1*}, Timerbulatov Sh.V.¹, Garipov R.M.¹, Sargsyan A.M.²*

¹ Chair of Surgery with the Course of Endoscopy and in In-Patient Substitution Technologies of the Institute of Additional Professional Education of the Bashkir State Medical University of Healthcare Ministry of Russia; 3, Lenina str., Ufa, 450008, Republic of Bashkortostan, Russian Federation

² “Ufa Emergency Hospital” of Healthcare Ministry of the Republic of Bashkortostan; 39/2, Batyrskaya str., Ufa, Republic of Bashkortostan, 450106, Russian Federation

Aim. To determine the ways to reduce postoperative morbidity and mortality in acute cholecystitis.

Material and methods. Retrospective (2013–2014 years) and prospective non-randomized (2015–2016) analysis of outcomes in 804 patients with acute cholecystitis was performed. Analysis was carried out within two periods – before and after acceptance of national clinical recommendations “Acute cholecystitis” (2015). Protocols of diagnosis and treatment developed by our clinic were applied in the first period (2013–2014). 220 patients (group I) underwent surgery in the first period, 290 (group II) – in the second period.

Results. There was significantly reduced incidence of conversions for laparoscopic and minimally invasive cholecystectomy from 4.09% to 2.41% ($p < 0.05$) (OR – 1.724; 95% CI 0.632–4.705). Incidence of extrahepatic bile ducts lesion, postoperative thrombotic, thromboembolic complications, cardiovascular complications (including myocardial infarction) were similar in both groups ($p > 0.05$) (for cardiovascular complications OR – 0.758, 95% CI 0.047–12.183). There was reduced length of hospital-stay from 11.5 ± 0.8 to 9 ± 0.5 days ($p < 0.05$). Slight augmentation of postoperative mortality in the second period (from 0.45% to 1.37%) was observed ($p < 0.05$) (OR – 3.063, 95% CI 0.340–27.599).

Conclusion. Reduced number of conversions was predominantly caused by cholecystectomy in patients with milder gallbladder inflammation. It is explained by earlier surgery (within 24–48 h) when severe infiltration of surrounding tissues is absent. Preoperative prolonged medication (3–5 days) aggravates these processes, creates significant intraoperative technical difficulties and increases incidence of conversions.

Keywords: *gallbladder, liver, bile ducts, acute cholecystitis, risk factors, clinical recommendations, conversion, complications.*

For citation: Timerbulatov V.M., Timerbulatov Sh.V., Garipov R.M., Sargysan A.M. Comparative analysis of surgery for acute cholecystitis: before and after national recommendations acceptance. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2018; 23 (2): 84–91. (In Russian). DOI: 10.16931/1995-5464.2018284-91.

There is no conflict of interests.

● Введение

Острый холецистит (ОХ) — острое воспаление желчного пузыря — относится к наиболее распространенным заболеваниям органов брюшной полости и занимает второе место по частоте после острого аппендицита. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчно-каменной болезни (ЖКБ) и увеличением продолжительности жизни. Повсеместное применение УЗИ приводит к частому выявлению ЖКБ даже при отсутствии типичной симптоматики. Широкое использование миниинвазивных вмешательств, минимальная частота осложнений сделали холецистэктомию (ХЭ) рутинной процедурой. Тем не менее с увеличением числа ХЭ возросло число больных, у которых самочувствие после оперативного вмешательства не улучшилось, появились жалобы, которых не было до операции. У некоторых больных допущенные диагностические, технические или тактические ошибки становятся причинами осложнений, часто требующих повторного вмешательства. Следует признать, что в настоящее время не существует однозначного ответа на вопрос, следует ли оперировать всех пациентов, поступивших в стационар с уточненным диагнозом острого холецистита.

Цель исследования — определение путей уменьшения частоты послеоперационных осложнений и летальности при остром холецистите.

● Материал и методы

Проведен ретроспективный (2013–2014 гг., первый период) и проспективный нерандомизированный анализ (2015–2016 гг., второй период) результатов лечения 804 больных острым хо-

лециститом. Анализ проводили по двум периодам — до и после внедрения национальных клинических рекомендаций (НКР) “Острый холецистит”, принятых на XII Съезде хирургов России (2015). В первом периоде лечебная тактика определялась протоколами диагностики и лечения, разработанными для Приволжского федерального округа [1]. Больные были оперированы одними и теми же хирургами, имеющими большой опыт и владеющими эндоскопическими, миниинвазивными и традиционными способами оперативного лечения.

За первый период из числа 365 больных оперировано 220 (1-я группа), за второй период из 439 госпитализированных больных оперировано 290 (2-я группа). Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям, характеру воспаления ($p < 0,05$). Средний возраст больных составил $54,7 \pm 2,5$ года. Соотношение мужчин и женщин в 1-й группе было 1:3,4, во 2-й — 1:3,6. Критерием формирования указанных групп являлось время проведения лечения — до и после внедрения НКР “Острый холецистит”. Средний срок от момента начала заболевания до госпитализации в 1-й группе составил $3,9 \pm 2,1$ дня, во 2-й группе — $4,3 \pm 1,3$ дня. Поздняя госпитализация была связана преимущественно с поздним обращением больных за медицинской помощью.

Сопутствующий холедохолитиаз выявлен у 32 (7,5%) больных 1-й группы и у 29 (5,1%) — 2-й, острый панкреатит — у 15 (4,1%) и 21 (4,8%), гнойный холангит — у 13 (13,6%) и 9 (2,1%), билиарный цирроз печени — у 4 (1,1%) и 6 (2,1%), стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) — у 3 (0,8%) и 2 (0,5%) больных соответственно.

Обследование больных проводили согласно протоколу (1-я группа) и НКР (2-я группа). Кроме определения местных признаков воспаления желчного пузыря (признак Мерфи, боль, болезненность, напряжение мышц в правом подреберье, тошнота, рвота, повышение температуры тела) и системных признаков острого воспаления (лейкоцитоз, увеличение уровня СРБ и билирубина) проводили УЗИ и ЭГДС во всех наблюдениях (510 больных), а также определяли ультразвуковой признак Мэрфи — считаем, что он превосходит клинический признак Мэрфи. УЗИ является скрининговым тестом, поэтому его применяли в каждом наблюдении при подозрении на ОХ. Определяли число тромбоцитов, уровень мочевины, креатинина, протромбинового времени, МНО, проводили анализ газового состава артериальной крови. В комплексе с УЗИ брюшной полости клинические данные, указывающие на ОХ, и уровень СРБ, превышающий 3 мг/дл, позволили установить диагноз ОХ с чувствительностью 97,4% и специфичностью 74%.

КТ выполнили 87 (17,1%) пациентам для более широкой дифференциальной диагностики, при наличии признаков и симптомов болевого синдрома, которые выходили за пределы правого подреберья, и в тех наблюдениях, когда подозревали осложненное течение ОХ. В ретроспективном исследовании, оценивая полезность УЗИ в диагностике ОХ в сравнении с КТ, установлено, что УЗИ имеет значительно более высокую чувствительность (84 и 38% соответственно), положительную прогностическую ценность (74 и 49%) и практически одинаковую специфичность (96 и 93%).

МРТ, проведенная 164 (32,2%) больным, значительно сократила время исследования больных в экстренных ситуациях. Считаем, что МРТ следует проводить пациентам с тяжелым течением заболевания, при подозрении серьезных осложнений, когда заключения УЗИ и КТ не являются убедительными.

При подозрении на холедохолитиаз у больного с острым калькулезным холециститом в 87 (17,1%) наблюдениях выполнили ЭРХПГ.

Для дифференциальной диагностики в 54 (10,5%) наблюдениях выполнена диагностическая лапароскопия. При этом в 13 (24,1%) наблюдениях выявлен острый панкреатит различной степени тяжести, в 5 (9,3%) — прикрытая перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, в 4 (7,4%) — острый аппендицит, в 3 (5,6%) — острая высокая кишечная непроходимость и в 20 (37%) наблюдениях выявлена картина ОХ. Во всех наблюдениях при выявлении в результате диагностической лапароскопии хирургических заболеваний органов брюшной полости выполнено соответствующее адекватное хирургическое пособие без конверсии.

● Результаты и обсуждение

Предложенная в НКР классификация отражает в основном клиническую картину заболевания. По этой классификации трудно ориентироваться в тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре, желчевыводящих путях и окружающих тканях, поэтому появляются сомнения в выборе способа оперирования. Даже при установленном дооперационном диагнозе ОХ (Grade I) нередко выявляли тяжелые воспалительные изменения в области зоны треугольника Кало и печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС).

Для определения сроков и способов оперирования, определения прогноза оперативного вмешательства используем наряду с клинической картиной степень тяжести воспалительных изменений желчного пузыря и окружающих тканей по Y.C. Chang [2] (табл. 1).

Так, степень I—III указывает на воспалительный процесс, ограниченный желчным пузырем. Степень IV соответствует незначительным или умеренным воспалительным или рубцовым изменениям в зоне треугольника Кало. У больных с I—IV степенью лапароскопическая холецист-

Таблица 1. Классификация степени тяжести воспалительных изменений желчного пузыря и окружающих тканей

Table 1. Classification of gallbladder and surrounding tissues inflammation

Степень	Характеристика
I	Воспалительные изменения, утолщение стенки желчного пузыря отсутствуют или незначительны
II	Умеренные воспалительные изменения, утолщение стенки желчного пузыря
III	Выраженные воспалительные изменения, утолщение стенки желчного пузыря
IV	1) В зоне треугольника Кало обнаружены незначительные воспалительные изменения 2) Из-за сращений возникают некоторые трудности при выделении структур треугольника Кало; тем не менее структуры можно идентифицировать
V	Тяжелый воспалительный процесс или рубцевание в зоне треугольника Кало; выделить и идентифицировать его структуры очень трудно
VI	Тяжелый воспалительный процесс или рубцевание распространяются на печеночно-двенадцатиперстную связку, в том числе ОЖП (флегмона, некроз, фиброз тканей ПДС)

эктомия (ЛХЭ) может быть безопасной и, как правило, не требует конверсии. Степени V и VI указывают именно на тяжелые воспалительные или рубцовые изменения в зоне треугольника Кало и ПДС соответственно, что делает выполнение ЛХЭ весьма сомнительным и является показанием к минилапаротомии.

Минилапаротомию с элементами “открытой” лапароскопии выполняли с помощью комплекта инструментов “Мини-Ассистент”. Технология позволяет с высокой степенью надежности и безопасности выполнить холецистэктомию практически при всех формах калькулезного холецистита. Также способ позволяет осуществить интраоперационную ревизию внепеченочных желчных протоков, включая осмотр и измерение диаметра общего желчного протока (ОЖП), трансиллюминацию супрадуоденального отдела ОЖП, интраоперационное УЗИ, интраоперационную холедохоскопию через пузырный проток. При наличии показаний возможна холедохотомия, удаление конкрементов и холедохоскопия, исследование терминального отдела ОЖП калиброванными бужами, ревизия протоков катетером с раздувной манжеткой. При сочетании холедохолитиаза и стриктуры терминального отдела ОЖП или БСДПК возможно проведение дуоденоскопии во время операции и выполнение эндоскопически контролируемой антеградной или ретроградной папиллосфинктеротомии. Технически возможно формирование холедохо-дуодено- и холедохоэнтероанастомоза.

Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов видеолaparоскопической технологии и операции из минидоступа позволяет судить о полной сопоставимости обоих методов операции как по травматичности, так и по качеству жизни оперированных больных. Методы не только являются конкурирующими, но и в значительной степени дополняют друг друга. Например, операция из минидоступа может быть использована при возникновении трудностей во время видеолaparоскопического вмеша-

тельства и позволяет завершить операцию минимально инвазивным способом. Из числа оперированных конверсия в минилапаротомию осуществлена в 2% наблюдений.

Оставаясь на протяжении многих лет стандартом, традиционное хирургическое пособие при ЖКБ и ОХ не потеряло своей актуальности и сегодня. В современных условиях применяем его при таких осложнениях ЖКБ, как протяженные стриктуры ОЖП, билиодигестивные и билиобилиарные свищи, полные наружные желчные свищи, требующие реконструктивно-восстановительных вмешательств, при опасности повреждения структур ПДС во время применения миниинвазивных технологий (V–VI степень по Y.C. Chang).

Сравнительная оценка результатов хирургического лечения приведена в табл. 2.

В двух сравниваемых периодах частота повреждений внепеченочных желчных протоков, послеоперационных тромботических, тромбоэмболических осложнений (тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)), сердечно-сосудистых осложнений (в том числе инфаркта миокарда) не отличалась ($p > 0,05$; при сердечно-сосудистых осложнениях OR 0,758; 95% ДИ 0,047–12,183). Отмечено сокращение сроков госпитализации с $11,5 \pm 0,8$ дня в 1-й группе до $9 \pm 0,5$ дня во 2-й группе ($p < 0,05$). Следует подчеркнуть, что, несмотря на введение клинко-статистических групп в систему ОМС, сроки лечения больных остаются финансово контролируемым критерием при оплате медицинских услуг и не обусловлены сугубо медицинскими возможностями выписки больных. Большую часть больных можно было выписать значительно раньше и уменьшить сроки стационарного лечения на 30–33%. Сокращение указанных сроков лечения происходит за счет активной хирургической тактики, выполнения более ранних оперативных вмешательств и соответственно укорочения периода “пробного” консервативного лечения. Во втором периоде исследования оперативные вмеша-

Таблица 2. Сравнительная оценка результатов хирургического лечения в двух сравниваемых периодах

Table 2. Surgical outcomes in both periods

Показатель	1-я группа	2-я группа
Повреждение внепеченочных желчных протоков, абс. (%)	1 (0,45)	—
Тромбозы, ТЭЛА, абс. (%)	—	2 (0,68)
Инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность, абс. (%)	1 (0,45)	1 (0,34)
Сроки госпитального лечения, дни	$11,5 \pm 0,8$	$9 \pm 0,5$
Число летальных исходов, абс. (%)	1 (0,45)	4 (1,37)
Число конверсий, абс. (%)	9 (4,09)	7 (2,41)
Число больных с I–IV степенью воспалительных изменений по Y.C. Chang	150 (68,4)	241 (83,6)
Число больных с V–VI степенью воспалительных изменений по Y.C. Chang	70 (31,6)	49 (17,4)
Число наблюдений флегмонозного ОХ, абс. (%)	119 (53,9)	190 (65,6)
Число наблюдений гангренозного ОХ, абс. (%)	55 (25)	61 (21,2)
Число наблюдений эмпиемы желчного пузыря, абс. (%)	46 (21,1)	39 (13,2)

тельства выполняли в течение 24 ч госпитализации, а в первом периоде — в среднем через 72–96 ч. Большую часть больных после устранения острого воспалительного процесса выписывали для последующей плановой холецистэктомии через 3–4 мес. Отмечено некоторое увеличение послеоперационной летальности: в первом периоде — 0,45%, во втором — 1,37% ($p < 0,05$; OR 3,063; 95% ДИ 0,340–27,599). Причинами смерти были массивная ТЭЛА, обширный инфаркт миокарда и распространенный перитонит с абдоминальным сепсисом.

Произошло уменьшение числа конверсий ЛХЭ и холецистэктомии из минидоступа с 4,09% в первом периоде исследования до 2,41% — во втором ($p < 0,05$; OR 1,724; 95% ДИ 0,632–4,705). Основной причиной уменьшения частоты конверсий является выполнение оперативных вмешательств у больных с более легкими формами воспаления желчного пузыря, отсутствие выраженных перипузырных инфильтратов, абсцессов, что создает большие сложности не только при диссекции в треугольнике Кало, зоне Musman, но и выделении желчного пузыря. Так, если в первом периоде исследования I–IV степень воспаления была выявлена у 68,4% больных, то во втором периоде — у 83,6% больных ($p < 0,05$; OR 2,295; 95% ДИ 1,511–3,487). Более тяжелый воспалительный процесс в желчном пузыре V–VI степени чаще выявляли в первом периоде исследования (31,6%), чем во втором периоде (17,4%, $p < 0,05$; OR 1,883; 95% ДИ 1,367–2,594). Это объясняется ранним выполнением оперативных вмешательств, поскольку в первые двое суток заболевания редко воспалительный процесс охватывает окружающие желчный пузырь органы и ткани, инфильтративно-

спаечный процесс также не бывает выраженным. На 3–5-е сутки предварительного консервативного лечения указанные процессы бывают выраженными, что создает значительные технические сложности во время оперативных вмешательств и приводит к увеличению частоты конверсий.

Изменилась и структура выявленных патоморфологических изменений желчного пузыря. Отмечено увеличение числа наблюдений флегмонозного холецистита — 53,9% в первом периоде и 65,6% — во втором ($p < 0,05$; OR 1,613; 95% ДИ 1,126–2,309) и уменьшение числа больных с эмпиемой желчного пузыря — с 21,1 до 13,2% соответственно ($p < 0,05$; OR 1,555; 95% ДИ 1,054–2,294).

Перечисленные факты объясняются также тем, что была принята тактика более ранних оперативных вмешательств, существенным сокращением числа больных, выписанных на амбулаторное наблюдение с последующей плановой ХЭ. Установлена 10–20%-ная вероятность разрешения ОХ при I–IV степени воспалительных изменений, что позволяет выполнить отсроченную ЛХЭ [2]. В то же время этим больным может быть выполнена ранняя ЛХЭ, являющаяся более целесообразной. По мнению автора [2], при V–VI степени воспаления не следует ожидать разрешения воспалительного процесса, отсроченная холецистэктомия не имеет преимуществ перед ранней, а последняя позволяет избежать формирования рубцового перипроцесса.

Влияние отдельных факторов риска на некоторые обязательные критерии при ОХ представлено в табл. 3. Среди наиболее частых факторов риска присутствует степень воспаления желчного пузыря, особенно V–VI (в 3 из 4 обязательных

Таблица 3. Влияние факторов риска на некоторые обязательные критерии при остром холецистите
Table 3. Effect of risk factors on certain obligatory criteria in acute cholecystitis

Облигатные критерии	Первый период	Второй период	Превентивные меры	Факторы риска
Повреждение желчных протоков, тромботические и сердечно-сосудистые осложнения	0,9%	1,02%*	Предотвратимые осложнения	Малый опыт клиники, уровень квалификации хирургов, степень воспаления желчного пузыря V–VI
Сроки стационарного лечения	11,3 ± 0,8	9 ± 0,5*	Протоколы, клинические рекомендации, МЭС	Осложнения после операции, возраст, тяжесть состояния (APACHE II > 18, ASA > 3)
Послеоперационная летальность	0,45%	1,37%*	Оптимальные сроки, объем и метод хирургического вмешательства	Осложнения ЖКБ, степень воспаления желчного пузыря, сопутствующие заболевания, тяжесть состояния, возраст
Частота конверсии	4,09%	2,41%*	Предоперационное планирование, своевременная операция	Опыт хирурга, степень воспаления желчного пузыря V–VI, анатомические особенности

Примечание: различия достоверны ($p < 0,05$).

критериев), далее тяжесть состояния и возраст больных, квалификация, опыт хирурга и стационара в целом. Из результатов проведенного исследования следует, что выполнение холецистэктомии в более ранние сроки начала ОХ позволяет оперировать в условиях умеренного воспаления (в 83,6% в отличие от 68,4% в первом периоде исследования). Ретроспективный анализ холецистэктомий в первые 24 ч и после 24 ч не выявил разницы между двумя подходами. По другим данным, в действительности отсрочка операции может быть связана с более высокой частотой осложнений [3–7]. Анализ же по критериям “затраты–полезность” показывает преимущество ранней холецистэктомии ввиду меньшей удельной стоимости качества года жизни [8].

В более поздних проспективных исследованиях были показаны безопасность и эффективность ранней (неотложной) ЛХЭ [9, 10]. Эти результаты были подтверждены метаанализом [11] и главным образом Кокрановским метаанализом [12]. Ранняя ЛХЭ при ОХ была менее дорогостоящей (экономия 820 евро на одного пациента) и характеризовалась лучшими показателями качества жизни, чем первоначальная консервативная терапия с отсроченной операцией [12].

Таким образом, положения НКР о сроках выполнения холецистэктомии при ОХ являются обоснованными или этот фактор риска является значимым. Значимыми факторами также являются тяжесть состояния больных (APACHE II > 18, ASA > 3), возраст (присутствует в 50% облигатных критериев), на таком же уровне – квалификация и опыт в неотложной билиарной хирургии (включая миниинвазивные способы ХЭ).

Первую группу облигатных критериев можно отнести к категории предотвратимых осложнений, т.е. при следовании определенным канонам хирургии, проведении профилактики (тромбоэмболических осложнений), осуществлении интраоперационной ревизии (УЗИ, холангиография, холангиоскопия), периоперационном контроле и коррекции сердечно-сосудистой системы этих осложнений можно избежать.

К превентивным мерам уменьшения послеоперационной летальности следует отнести выбор оптимальных сроков, объема и способа хирургического вмешательства – они достаточно четко определены НКР. Несомненно, сроки операции часто определяются подготовкой больных, особенно с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Собственный опыт (более 45 тыс. операций) холецистэктомии из минидоступа показывает, что у тяжелых больных, особенно с кардиореспираторными заболеваниями, способ является предпочтительным или методом выбора, при необходимости может быть выполнен под перидуральной анестезией.

Частота конверсии (незапланированная) во многом связана с недостаточным предоперационным обследованием. Часто это зависит от квалификации специалистов лучевой диагностики, прежде всего УЗИ, т.е. от предоперационного планирования (детализации диагноза, топографии желчного пузыря, трубчатых структур). Кроме того, к превентивным мерам уменьшения частоты конверсий следует отнести своевременность выполнения операции (в конечном итоге – достижение запланированного результата).

● Заключение

Таким образом, выбор сроков, способа оперативного вмешательства основывается на учете превентивных мер и преимущественно факторов риска: степени воспаления желчного пузыря, воспалительно-инфильтративных, спаечных процессов вокруг желчного пузыря, в подпеченочном пространстве, тяжести состояния больных, возраста, опыта хирурга и клиники в выполнении неотложных билиарных оперативных вмешательств и анатомических особенностей трубчатых структур. В нашем учреждении специалистами УЗИ разработаны ультразвуковые критерии ОХ, его осложнений, включая возможную картину патоморфологических изменений. Основываясь на заключении специалиста ультразвуковой диагностики, хирург может оценить степень воспалительных изменений желчного пузыря, осложнения ЖКБ, характер морфологических изменений – степень деструкции стенки (катаральное воспаление, флегмонозное, гангренозные изменения, инфильтрат, абсцесс и др.) и определить сроки и способ холецистэктомии или другого варианта хирургического вмешательства.

После введения в клиническую практику клинических рекомендаций отмечено сокращение сроков стационарного лечения, частоты конверсии. Число послеоперационных осложнений осталось без изменений. Произошло увеличение послеоперационной летальности во втором периоде исследования, связанное с развитием в раннем послеоперационном периоде тяжелых осложнений. Требуется внесение изменений в НКР в части уточнения необходимости персонифицированного подхода при выборе объема и сроков экстренного оперативного вмешательства с учетом течения ОХ и патоморфологических изменений в гепатопанкреатодуоденальной зоне.

Участие авторов

Тимербулатов В.М. – автору принадлежит идея необходимости анализа результатов лечения острого холецистита до и после внедрения национальных клинических рекомендаций.

Тимербулатов Ш.В. – гипотеза и план реализации ретроспективного и проспективного ана-

лиза результатов лечения больных за два периода наблюдения.

Гарипов Р.М. — обобщение и статистический анализ клинического материала, написание статьи.

Саргсян А.М. — анализ историй болезней больных и проведение обследования во второй период анализа, сбор литературы.

● Список литературы

1. Рекомендательные протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению. Под ред. чл.-корр. РАН, проф. В.М. Тимербулатова. Уфа: Гилем, 2008. 73 с.
2. Чан Ючун. Прогностический анализ результатов отсроченной лапароскопической холецистэктомии при воспалительных изменениях желчного пузыря. Анналы хирургической гепатологии. 2016; 21 (1): 59–77. DOI: 10.16931/1995-5464.2016159-77.
3. Chang Y.C. A proposed inflammation grading system for laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology*. 2005; 52 (61): 33–36.
4. Germanos S., Gourgiotis S., Kocher H.M. Clinical update: early surgery for acute cholecystitis. *Lancet*. 2007; 369 (5): 1774–1776.
5. Gurusamy K., Samraj K., Gluud C., Wilson E., Davidson B.R. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg*. 2010; 97 (2): 141–150. DOI: 10.1002/bjs.6870.
6. Papi C., Catarci M., D'Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B., Capurso L. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol*. 2004; 99 (1): 147–155.
7. Cheruvu C.V., Eyre-Brook I.A. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. 2002; 84 (1): 20–22.
8. Siddiqui T., MacDonald A., Chong P.S., Jenkins J.T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am. J. Surg*. 2008; 195 (1): 40–47.
9. Macafee D.A., Humes D.J., Bouliotis G., Beckingham I.J., Whynes D.K., Lobo D.N. Prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease. *Br. J. Surg*. 2009; 96 (9): 1031–1040. DOI: 10.1002/bjs.6685.
10. Johansson M., Thune A., Blomqvist A., Nelvin L., Lundell L. Management of acute cholecystitis in the laparoscopic era: results of a prospective, randomized clinical trial. *J. Gastrointest. Surg*. 2003; 7 (5): 642–645. DOI: 10.1016/S1091-255X(03)00065-9.
11. Stevens K.A., Chi A., Lucas L.C., Porter J.M., Williams M.D. Immediate laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: no need to wait. *Am. J. Surg*. 2006; 192 (6): 756–761. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2006.08.040.

12. Lau H., Lo C.Y., Patil N.G., Yuen W.K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. *Surg. Endosc*. 2006; 20 (1): 82–87. DOI: 10.1007/s00464-005-0100-2.

● References

1. *Recomenduemye protocoly okazaniya neotlozhnoy khirurgicheskoy pomoshchi naseleniyu* [Recommended protocols for urgent surgical care] Ed. RAS corresponding member, prof. V.M. Timerbulatov. Ufa: Gilem, 2008. 73 p. (In Russian)
2. Chang Y.C. Predictive analysis of the outcomes of delayed laparoscopic cholecystectomy for gallbladder inflammation. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2016; 21 (1): 59–77. (In Russian) DOI: 10.16931/1995-5464.2016159-77.
3. Chang Y.C. A proposed inflammation grading system for laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology*. 2005; 52 (61): 33–36.
4. Germanos S., Gourgiotis S., Kocher H.M. Clinical update: early surgery for acute cholecystitis. *Lancet*. 2007; 369 (5): 1774–1776.
5. Gurusamy K., Samraj K., Gluud C., Wilson E., Davidson B.R. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg*. 2010; 97 (2): 141–150. DOI: 10.1002/bjs.6870.
6. Papi C., Catarci M., D'Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B., Capurso L. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol*. 2004; 99 (1): 147–155.
7. Cheruvu C.V., Eyre-Brook I.A. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery. *Ann. R. Coll. Surg. Engl*. 2002; 84 (1): 20–22.
8. Siddiqui T., MacDonald A., Chong P.S., Jenkins J.T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am. J. Surg*. 2008; 195 (1): 40–47.
9. Macafee D.A., Humes D.J., Bouliotis G., Beckingham I.J., Whynes D.K., Lobo D.N. Prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease. *Br. J. Surg*. 2009; 96 (9): 1031–1040. DOI: 10.1002/bjs.6685.
10. Johansson M., Thune A., Blomqvist A., Nelvin L., Lundell L. Management of acute cholecystitis in the laparoscopic era: results of a prospective, randomized clinical trial. *J. Gastrointest. Surg*. 2003; 7 (5): 642–645. DOI: 10.1016/S1091-255X(03)00065-9.
11. Stevens K.A., Chi A., Lucas L.C., Porter J.M., Williams M.D. Immediate laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: no need to wait. *Am. J. Surg*. 2006; 192 (6): 756–761. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2006.08.040.
12. Lau H., Lo C.Y., Patil N.G., Yuen W.K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. *Surg. Endosc*. 2006; 20 (1): 82–87. DOI: 10.1007/s00464-005-0100-2.

Сведения об авторах [Authors info]

Тимербулатов Виль Мамилович — доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, заведующий кафедрой хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.

Тимербулатов Шамиль Вилевич — доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.

Гарипов Рим Мухарямович — доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.

Саргсян Ани Мушеговна — врач-хирург ГБУЗ “Больница скорой медицинской помощи г. Уфы” Минздрава Республики Башкортостан.

Для корреспонденции *: Тимербулатов Виль Мамилович — 450008, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, Российская Федерация. Тел.: 8-917-357-75-44. E-mail: timervil@yandex.ru

Vil M. Timerbulatov — Doct. of Med. Sci., Professor, Corresponding-Member of RAS, Head of the Chair of Surgery with the Course of Endoscopy and in In-Patient Substitution Technologies of the Institute of Additional Professional Education of the Bashkir State Medical University.

Shamil V. Timerbulatov — Doct. of Med. Sci., Professor of the Chair of Surgery with the Course of Endoscopy and in In-Patient Substitution Technologies of the Institute of Additional Professional Education of the Bashkir State Medical University.

Rim M. Garipov — Doct. of Med. Sci., Professor of the Chair of Surgery with the Course of Endoscopy and in In-Patient Substitution Technologies of the Institute of Additional Professional Education of the Bashkir State Medical University.

Ani M. Sargsyan — Surgeon at the Ufa Emergency Hospital of Healthcare Ministry of the Republic of Bashkortostan.

For correspondence *: Vil M. Timerbulatov — 3, Lenina str., Ufa, 450008, Republic of Bashkortostan, Russian Federation. Phone: 8-917-357-75-44. E-mail: timervil@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 01.04.2017.

Received 1 April 2017.

Комментарий

Тактику хирургического лечения пациентов с острым холециститом обсуждают в нашей стране на протяжении многих десятилетий. Предложения обязательного выполнения при остром холецистите экстренной холецистэктомии сменяются предложениями проведения длительного консервативного, в том числе антибактериального, лечения в предоперационном периоде. Однако достигнутые результаты внедрения различных вариантов хирургического лечения разнообразных форм этого заболевания, его осложнений и сопутствующих поражений билиарно-панкреатической системы, особенно на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний, оставляют желать лучшего. Несмотря на серьезные достижения в инструментальной диагностике заболеваний печени, поджелудочной железы и желчевыводящей системы и переход на минимально инвазивные вмешательства на желчных путях, в частности холецистэктомию лапароскопическим или минилапаротомным доступом с использованием при необходимости эндоскопических или антеградных вмешательств на желчных протоках, добиться улучшения результатов хирургического лечения острого холецистита и его осложнений не удается.

Авторы настоящего сообщения попытались объективно сопоставить результаты двух применявшихся ими тактик хирургического лечения пациентов с острым холециститом. В частности, в первой группе (2013–2014) больных подвергали лечению по предложенной авторами схеме, согласно которой операцию предвещал короткий курс консервативной терапии, а пациентам второй группы (2015–2016) операцию (лапароскопическую холецистэктомию) выполняли согласно Национальным клиническим рекомендациям

(2015) в первые 24 ч госпитализации. В целом приведенные показатели результатов хирургического лечения острого холецистита с использованием при необходимости современных способов дооперационной диагностики оценены авторами как относительно удовлетворительные. Сравнивая исследуемые группы пациентов, авторы ставят себе в заслугу уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре и уменьшение числа конверсий во второй группе больных по сравнению с первой, а также достигаемое уменьшение расходов лечебного учреждения на каждого оперированного. Однако настораживают изменения других важных показателей, в частности увеличение послеоперационной летальности с 0,45% (1 чел.) в первой группе оперированных до 1,37% (4 чел.) во второй группе пациентов за счет тромбоэмболических осложнений и инфаркта миокарда с острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Таким образом, создается впечатление, что ускорение выписки оперированных из стационара происходит в ряде ситуаций в ущерб необходимому предоперационному обследованию и подготовке тяжелых больных к операции.

Подобное положение заставляет подвергнуть сомнению правомочность выводов авторов статьи об обоснованности и целесообразности максимального ускорения лечебного процесса с целью уменьшения продолжительности пребывания и затрат на лечение пациентов с острым холециститом, среди которых, как известно, имеется немало престарелых людей, обремененных множеством сопутствующих заболеваний. Таким образом, некоторое улучшение финансовых показателей лечебного учреждения может достигаться за счет здоровья экстренно оперируемых пациентов.