

---

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

---

**А. Ю. Орешкин, А. В. Быков, А. И. Воробьев**

Кафедра хирургических болезней и проктологии ФУВ ВолГМУ

## **СКРЫТАЯ ФОРМА ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА (КЛИНИЧЕСКИЕ И ИММУНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

УДК 616. 366-002-036.5-08

---

Получены данные об отличительных особенностях клинического течения скрытой формы деструктивного холецистита, определены подходы к ее диагностике и повышению результатов хирургического лечения.

*Ключевые слова:* острый холецистит, атипичное течение, клинические особенности, хирургическая тактика, результаты лечения.

---

Важной проблемой, влияющей на выбор сроков, методики операции, а в итоге и на исход заболевания являются атипичные формы деструктивного холецистита. Тот факт, что основанное на клинико-лабораторных данных впечатление об улучшении состояния пациента и купировании, благодаря проведению консервативной терапии, острого приступа в 20—60 % случаев оказывается ложным, поскольку воспаление и деструкция в пузырной стенке сохраняются или продолжают нарастать [2, 5, 6, 10, 11, 12], позволил нам сформулировать понятие скрытой формы деструктивного холецистита (СФДХ).

Под СФДХ подразумевается вариант течения заболевания, при котором после купирования консервативными мероприятиями клинических проявлений острого холецистита (ОХ) — болевого синдрома, местных (болезненность, напряжение, пальпируемый желчный пузырь) и общих признаков острого воспаления (температура, лейкоцитарная реакция) в действительности остается стойкая obturация, сохраняются и прогрессируют деструкция, гнойное воспаление желчного пузыря (ЖП), что в полной мере соответствует определению «деструктивный холецистит», служащего показанием к срочной операции.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Получение данных об отличительных особенностях СФДХ, улучшение ее диагностики и результатов хирургического лечения.

### **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

Клиника хирургии ФУВ ВолГМУ более 10 лет ведет целенаправленное изучение СФДХ. После-

довательно ретро и проспективно изучены результаты хирургического лечения 2067 больных с острым холециститом из которых с СФДХ было 317 (15,3 % к числу всех и 25,1 % к числу пациентов с клинически купированным приступом). Таким образом, и наши данные свидетельствуют о весьма высокой частоте подобного варианта течения острого холецистита.

На первом этапе изучения проблемы СФДХ нами было установлено, что отсроченные операции (преимущественно открытые), выполняемые через 10—14 дней после клинического купирования приступа, в 60 % случаев оказывались далеко не легким и в техническом исполнении из-за выраженного экстравезикального инфильтрата, порой и с абсцедированием. В 22 % случаев послеоперационный период протекал с осложнениями, в структуре которых до 60 % занимали гнойные раны, отмечалась сравнительно высокая летальность (2 %). Малоинвазивные оперативные же вмешательства (лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия [ЛХЭ, МХЭ]) сопровождалась высоким (43 %) уровнем конверсии.

Поскольку во всех случаях клинически стертой деструкции ЖП сохранялась стойкая его блокада, с целью своевременной диагностики СФДХ было предложено контролировать направленность течения местного процесса с помощью динамического УЗИ. Была разработана синдромная классификация ультразвуковых симптомов острого холецистита, облегчающая их клиническую интерпретацию. Констатировано, что в эхокартине ОХ целесообразно выделять три качественно различные

группы симптомов: одна свидетельствует о нарушении оттока желчи из полости, другая отражает степень деструкции стенки, последняя указывает на развитие экстравезикальных осложнений. Сонографическое наблюдение за развитием воспаления в пузырной стенке дало возможность распознавать клинически стертую форму деструктивного холецистита до возникновения экстравезикальных осложнений. Констатация высокой эффективности динамического УЗИ в диагностике СФДХ (чувствительность 100 %, специфичность 87,5 %, прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов 93,8 и 100 % соответственно) легла в обоснование новой хирургической тактики, а именно: в основе выбора оптимальных сроков хирургического вмешательства при стихающем приступе острого холецистита лежит не скорость регресса клинико-лабораторных критериев, а ультразвуковая информация о сохраняющейся блокаде ЖП и тяжести воспаления в органе [3, 4].

На следующих этапах работы нами ставились задачи внедрения и отработка новой хирургической тактики, изучения ее результатов [3, 4], а также углубленного изучения клинических, популяционных особенностей больных с СФДХ, выявления возможных отличительных признаков, включая особенности иммунного статуса. В разработку вошло 317 больных с СФДХ и 710 больных, оперированных срочно с обычным течением деструктивного холецистита (ОДХ), и как группа сравнения — 643 пациента, оперированных в отсроченном порядке.

Распределение больных по полу показало приблизительно равное соотношение мужчин и женщин (1:4,2 и 1:3,4 соответственно) в группе больных с СФДХ и с обычным течением ОХ. Однако при анализе всех пациентов, госпитализированных с острым холециститом, подтверждено, что у мужчин добиться его истинного купирования удается лишь у 38,4 % пациентов (у женщин этот показатель составляет 61,6 %).

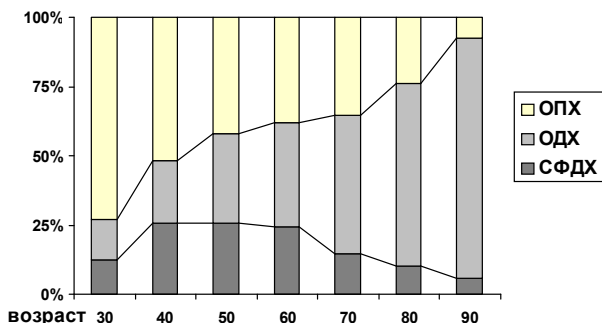


Рис. 1. Результативность консервативной терапии в зависимости от возраста больного

Выявлена практически линейная обратная зависимость числа отсроченных операций с увеличением возраста (рис. 1). СФДХ встречалась среди больных до 60 лет (73,5 %), причем 92,1 %

из них приходилась на больных в возрасте 45—59 лет, (средний возраст —  $(52,3 \pm 13,2)$  года), а обычное течение деструктивного холецистита чаще отмечено среди людей старшей, более 60 лет, возрастной категории (85,7 %). Большая часть больных с СФДХ (66,7 %) поступали в клинику в сроки более 24 ч от начала приступа.

У большинства пациентов с СФДХ отмечен повторный приступ (89,8 %). Нужно отметить, что большая часть пациентов с ОХ с первым приступом (60 %) обращаются за помощью в первые сутки (с СФДХ — 7,7 %, с ОДХ — 64,3 %, с острым простым холециститом — 28 %), а позже 3 суток — не более 14 %, в то время как больные с повторными приступами госпитализировались в поздние сроки в 22 % наших наблюдений. Среди больных с СФДХ большинство были с повторным приступом (89,8 %), причем 92,3 % из них поступили позднее 1 суток от начала приступа.

У больных с СФДХ, по нашим данным, достоверно чаще, по сравнению с больными с обычным течением острого холецистита, встречалась вторая (А(II) — 53,7 %) или первая (О(I) — 33,4 %) группы крови — 87,1 % ( $p < 0,05$ ) и достоверно реже — В(III) и АВ(IV) группы крови.

Как и при любом заболевании развитие острого холецистита определяется динамикой взаимодействия защитных сил организма больного и факторами гнойно-воспалительного процесса. Ряд авторов сходятся во мнении, что у всех больных с острым холециститом наблюдаются нарушения иммунологического статуса, что в свою очередь может вести к осложненному течению заболевания [1, 6, 7, 8, 9], а влияние различных факторов иммунологической резистентности может приводить к атипичному течению деструктивного воспаления в желчном пузыре. Однако остается неясным, в каком звене иммунной защиты развиваются характерные нарушения.

Для сравнения иммунологических показателей нами отобраны две группы пациентов — I группа (основная) — больные с СФДХ (62 чел.), и II группа (контрольная) — больные с ОДХ (60 чел.). Анализируя состояние иммунного статуса у больных в группах сравнения до операции, мы выявили достоверные отличия в 14 показателях из 34 изучаемых. У больных с СФДХ имелось достоверное снижение показателей: иммунитета (абсолютного и относительного содержания лимфоцитов), отсутствовал выраженный лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, характерный для деструктивно-воспалительного процесса, а также имелось резкое снижение абсолютного содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксичных клеток, НК-клеток, В-лимфоцитов, индекса завершенности фагоцитоза (при нормальных показателях активности и функции захвата фагоцитов). Эти данные свидетельствуют о том, что у больных с

СФДХ до операции имелись выраженные нарушения работы иммунной системы, что, очевидно, и явилось одной из причин хронизации острого деструктивного воспаления в ЖП и развития СФДХ.

С учетом полученных и уточненных клинических, лабораторных и иммунологических данных нами сформулирован популяционный портрет больного с СФДХ, позволяющий на основании клинических признаков заподозрить возможность развития СФДХ, предпринять дополнительные меры для уточнения диагноза, прежде всего — контрольное УЗИ, и выполнить своевременную радикальную операцию.

Итак, больной с СФДХ — это, как правило:

1. Пациент среднего (45—55 лет) возраста.
2. Пациент с первой О(I) или второй А(II) группой крови.
3. Повторный приступ ОХ.
4. При типичной клинической картине ОХ мало выражены общие признаки воспаления: нормальная, как правило, температура тела; нормальный или незначительно повышенный уровень лейкоцитов, лимфопения.
5. Быстрая инволюция на фоне консервативной терапии (даже без применения антибиотиков, а иногда и в амбулаторных условиях) клинических и стандартных лабораторных признаков ОХ.

С 1995 г. в клинике осуществлялось внедрение новой тактики по отношению к пациентам на основе обязательного контрольного УЗИ, позволяющей своевременно диагностировать и оперировать больных с СФДХ в срочном порядке. Это позволило к 2000 г. снизить долю СФДХ во время отсроченных операций с 40 до 8 % [4], а число послеоперационных осложнений у больных этой группы — с 26 до 5 %. Было показано, что своевременная диагностика позволяет эффективно использовать малоинвазивные вмешательства в лечении СФДХ, поскольку не было выявлено ни существенных технических особенностей, ни отличия их результатов по сравнению с операциями при ОДХ.

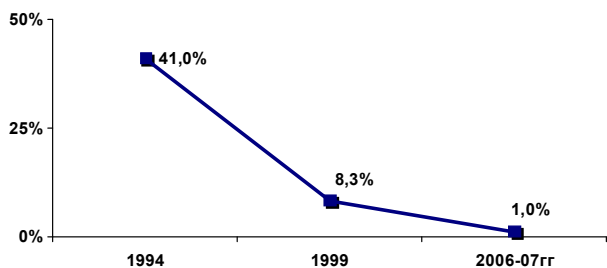


Рис. 2. Доля запоздалых операций при СФДХ

Обоснованная таким образом тактика стала стандартом лечения больных с ОХ в нашей клинике. Проведено сравнительное изучение результатов хирургического лечения больных с СФДХ и больных с ОДХ. Практическая отработка критериев диагности-

ки позволила нам практически избежать ситуации СФДХ при отсроченных операциях (рис. 2).

Не выявлено принципиальных различий по характеру выполненных операций у больных с СФДХ и при ОДХ. В 52,7 % наблюдений выполнялась ЛХЭ или МХЭ. Причем, МХЭ в 1,35 раза чаще выполнялась больным с обычным течением ОДХ, а ЛХЭ в 1,3 раза чаще выполнялись больным с СФДХ. В 5,9 % случаев потребовалось вмешательство на протоках, причем больным с обычным течением ОДХ в 1,5 раза чаще, чем больным с СФДХ.

В обеих исследуемых группах преобладали деструктивные морфологические формы ОХ (около 85 %), чаще флегмонозный — СФДХ (65,6 %), ОДХ (53,2 %). Частота выявления экстрапузырных и протоковых осложнений ОХ оказалась достоверно выше у больных ОДХ (30 против 8 %,  $p < 0,05$ ). У больных с ОДХ значительно чаще (12,3 по сравнению с 3,8 % при СФДХ) мы обнаружили местный или диффузный перитонит. На наш взгляд, тот факт, что при СФДХ число перивезикальных осложнений было меньше, объясняется своевременным ранним вмешательством, в то время как до внедрения новой тактики частота перивезикальных осложнений при запоздалых операциях превышала 20 %. Среди больных с СФДХ конверсия после ЛХЭ составила 5,1 %, после МХЭ — 6,4 %. В группе больных с ОДХ конверсия после ЛХЭ составила 3,8 %, после МХЭ — 7,8 %. Конверсий было выше после МХЭ в обеих группах. Чаще всего это было связано с прогнозированием протоковой патологии, необходимостью выполнения холангиографии и необходимостью холедохотомии.

В наблюдениях послеоперационные осложнения у 5,1 % больных СФДХ оказались незначительно ниже ( $p > 0,05$ ), чем у больных в группе ОДХ (5,6 %). При этом у 50 % больных группы СФДХ отмечались экстраабдоминальные осложнения, в то время как в группе ОДХ преобладали (79 %) осложнения со стороны раны и брюшной полости.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Выявление отличительных популяционных и клинико-иммунологических признаков позволяет среди пациентов с острым калькулезным холециститом выделить как отдельную группу больных со скрытым течением деструктивного процесса в ЖП (СФДХ).

2. Комплексный подход к диагностике СФДХ позволяет выявлять пациентов, нуждающихся в срочном оперативном вмешательстве, с одновременным увеличением частоты малоинвазивных вмешательств, что в свою очередь нивелирует негативное влияние иммунных нарушений и заметно улучшает результаты хирургического лечения и ведет к улучшению результатов лечения.

3. Выявленные типологические признаки, клинические, иммунологические особенности СФДХ позволяют характеризовать ее как модель атипичного течения гнойно-деструктивных патологических процессов и как актуальную хирургическую проблему, решение которой может быть достигнуто только на основе междисциплинарного взаимодействия (анатомия, патанатомия, патофизиология, иммунология, эндокринология, экология, социальная гигиена, медицинская визуализация и т.д.)

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бородач В. А., Штофин С. Г., Бородач А. В. Совершенство диагностики и хирургического лечения желчнокаменной болезни. Новосибирск: Издательство Сибирского университета. — 2003. — 204 с.
2. Круч В. И. // Желчная гипертензия и холецистит. — 1971. — Т. 23, № 5. — С. 173—180.

3. Лысманова Е. Г. Диагностика и хирургическое лечение скрытой формы гнойно-деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 1998. — 22 с.
4. Орешкин А. Ю. Срочная холецистэктомия при скрытой форме деструктивного холецистита: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2000. — 24 с.
5. Родионов В. В., Нице А. Л. // Вестн. хирургии. — 1996. — № 3. — С. 4—6.
6. Шапошников А. В., Решетников Е. А., Варданян В. И. // Хирургия. — 1983. — № 1. — С. 61—66.
7. Boo Y. J., Kim W. B., Kim J., et al. // Scand. J. Clin. Lab. Invest. 2007. — Vol. 67, № 2. — P. 207—214.
8. Fitzgibbons R.J. Jr, Sims K.L., Nguyen N., et al. // Surg. Endosc. — 1996. — № 12. — P. 1180—1184.
9. Messmer P., Harder F., Vogelbach P., et al. // Swiss Surg. 1996. — № 3. — P. 127—130.
10. Nachnani J., Supe A. // Indian. J. Gastroenterol. 2005. — Vol. 24, № 1. — P. 16—18.
11. Van Ginkel F. W., Wahl S. M., Kearney J. F., et al. // J. Immunol. — 1999. — Vol. 163. — P. 1951—1957.
12. Wiebke E.A., Canal D.F., Goulet R.J.Jr. et al. // Surg. Endosc. — 1996. — Vol. 10, № 7. — P. 742—745.

**А. А. Полянцев, Д. Н. Сидоров, С. А. Костромеев, И. В. Деревянко, А. А. Кузнецов**

Кафедра общей хирургии с курсом урологии ВолГМУ

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОГО $\alpha$ 1 А-АДРЕНОБЛОКАТОРА ТАМСУЛОЗИНА «ГИПЕРПРОСТА» В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

УДК 615.217:616.65-08217

Авторами осуществлена оценка эффективности и переносимости  $\alpha$ 1А-адреноблокатора тамсулозина «Гиперпроста» в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

*Ключевые слова:* гиперпрост, гиперплазия предстательной железы.

Одним из наиболее частых и распространенных заболеваний мужчин среднего и пожилого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Увеличение размеров предстательной железы сопровождается дисфункцией нижних отделов мочевыводящих путей. Основные проявления заболевания связаны с инфравезикальной обструкцией, что приводит к нарушениям мочеиспускания [1, 2, 3].

Динамический компонент инфравезикальной обструкции обусловлен повышением активности  $\alpha$ 1А-адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, что приводит к спазму гладкой мускулатуры нижних отделов мочевыводящих путей. Результаты новейших исследований патогенеза развития ДГПЖ и изучение механизма действия лекарственных препаратов различных групп позволили выделить  $\alpha$ 1А-адреноблокаторы на первое место среди всего арсенала медикаментозных средств лечения расстройств

мочеиспускания у мужчин. Благодаря  $\alpha$ 1А-адреноблокаторам устраняется динамический компонент инфравезикальной обструкции в результате расслабления гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря и предстательной железы, улучшается кровоснабжение детрузора, тем самым восстанавливается сократительная способность мочевого пузыря [1, 2].

Особо следует остановиться на препарате «Тамсулозин» («Гиперпрост», Макиз-Фарма, Россия) — одном из немногих (Омник, Тамсулон) простатселективных  $\alpha$ 1А-адреноблокаторов на отечественном рынке. Этот препарат обладает рядом свойств, которые позволяют его использовать в плановой и ургентной терапии ДГПЖ [2]. Прежде всего, это возможность назначения единой терапевтической дозы (один раз в сутки по 0,4 мг), а отсутствие выраженного влияния на артериальное давление и сердечную деятельность избавляет от необходимости титрования дозы [1, 2].