

25. Is Somatostatin useful in the treatment of acute pancreatitis? A meta-analysis / F. Carbello [et al.] // *Digestion*. — 1991. — Vol. 49. — P. 12–13.
26. McKay, C. A randomized, controlled trial of octreotide in the management of patients with acute pancreatitis / C. McKay, J. Baxter, C. Imrie // *Int. J. Pancreatol.* — 1997. — Vol. 21. — P. 13–19.
27. A single-centre, double-blind trial of trasyolol therapy in primary acute pancreatitis / C. W. Imrie [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1978. — Vol. 65. — P. 337–341.
28. Gabexate mesilate in human acute pancreatitis / M. Buchler [et al.] // *Gastroenterology*. — 1993. — Vol. 104. — P. 165–170.
29. Double blind, randomized, placebo controlled study of a platelet activating factor antagonist leixipafant in the treatment and prevention of organ failure in predicted severe acute pancreatitis / C. Johnson [et al.] // *Gut*. — 2001. — Vol. 48. — P. 62–69.
30. Forsmark, C. E. Pancreatitis and its complications / C. E. Forsmark. — Totowa, New Jersey: Humana Press Inc., 2005. — 349 p.
31. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения (результаты анкетирования хирургических клиник Российской Федерации) / В. С. Савельев [и др.] // *CONSILIUM-MEDICUM*. — 2000. — Т. 2, № 7. — С. 34–39.
32. Development and use of a new staging system for severe acute pancreatitis based on a nationwide survey in Japan / M. Ogawa [et al.] // *Pancreas*. — 2002. — Vol. 25, № 4. — P. 325–330.
33. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: Severity assessment of acute pancreatitis / M. Hirota [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 2006. — Vol. 13. — P. 33–41.
34. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: Medical management of acute pancreatitis / K. Takeda [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* — 2006. — Vol. 13. — P. 42–47.
35. Prospective and randomized study of gabexate mesilate for the treatment of severe acute pancreatitis with organ dysfunction / H. M. Chen [et al.] // *Hepatogastroenterology*. — 2000. — Vol. 47. — P. 1147–1150.
36. A randomised, double blind, multicentre trial of octreotide in moderate to severe acute pancreatitis / W. Uhl [et al.] // *Gut*. — 1999. — Vol. 45. — P. 97–104.
37. Octreotide treatment in patients with severe acute pancreatitis / H. Paran [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* — 2000. — Vol. 45. — P. 2247–2251.
38. Severe acute pancreatitis: treatment with somatostatin / M. Planas [et al.] // *Intensive Care Med.* — 1998. — Vol. 24. — P. 37–39.
39. Prospective placebo-controlled randomized trial of leixipafant in predicted severe acute pancreatitis / C. J. McKay [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1997. — Vol. 84. — P. 1239–1243.
40. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner [et al.] // *Gut*. — 2005. — Vol. 54. — P. 426–436.
41. Хирургические инфекции: руководство / Под ред. И. А. Ерюхина, Б. П. Гельфанда, С. А. Шляпникова. — СПб.: Питер, 2003. — 864 с.

Поступила 05.11.2007

УДК 616.366-002-07

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

А. В. Величко, З. А. Дундаров

Гомельский государственный медицинский университет

Объектом исследования являлись пациенты Гомельской областной клинической больницы. Всего в исследование включено 137 больных с различными формами острого холецистита (ОХ), проходивших здесь лечение за период с 2006 по 2007 год. Мужчин было — 21 (15,3%), женщин — 115 (83,9%). Средний возраст больных —  $51,5 \pm 4,5$  лет. Всем больным в разные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия различных видов, проведенная после стандартного набора диагностических процедур. Пациенты разделены на 3 группы: первую составили больные с острым холециститом, оперированные в срочном порядке ( $n = 72$ ); вторую — больные, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и патолого-гистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита ( $n = 35$ ); третья (контрольная группа) — больные с хроническим калькулезным холециститом.

Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики с использованием пакета статистического анализа данных «STATISTICA 6,0».

Ключевые слова: острый холецистит, сонографические критерии, малоинвазивные вмешательства.

## THE FEATURES OF DIAGNOSTICS AND CHOICE OF RATIONAL TACTICS OF TREATMENT PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

A. V. Velichko, Z. A. Dundarov

Gomel State Medical University

As the object of an investigation were the patients of Gomel's Regional Clinical Hospital. There were 137 patients with various forms of acute cholecystitis (AC) who had a course of treatment in Gomel's Regional Clinical Hospital for the period from 2006 up to 2007. There were 21 (15,3%) men, 115 (83,9%) women. An average age of patients was  $51,5 \pm 4,5$  years old. All received patients in various terms were given cholecystitis of various types after standard set of diagnostic procedures. The patients were divided into three groups. In the first group there were sick patients diseased acute cholecystitis and some were operated urgently ( $n = 72$ ), in the second group there were the patients received for systematic operative treatment of chronic cholecystitis and some were revealed various forms of acute cholecystitis ( $n = 35$ ) on the base of the intraoperational data and pathology-histological conclusion, in the third group (a control group) there were the patients with chronic calculated cholecystitis. The statistic worked up figures were made by the methods of not parametric statistic with using a data statistic analysis burst «STATISTICA 6,0».

Key words: acute cholecystitis, sonographic criteria, little-invasive interference.

### **Введение**

Билиарная патология на сегодняшний день занимает одно из лидирующих мест в структуре хирургической патологии органов брюшной полости [4, 5]. Наиболее частым показанием для хирургического лечения является желчно-каменная болезнь, и в частности, самое распространенное ее осложнение — острый холецистит [4, 5, 6].

На сегодняшний день объективно показано, что успехи современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии значительно изменяют клиническую картину заболевания, нивелируют острые проявления деструктивного холецистита, в том числе клинико-лабораторные признаки эндогенной интоксикации, создают ложное впечатление о благоприятном прогнозе, что зачастую заканчивается развитием скрытых гнойно-деструктивных форм острого холецистита со скудной симптоматикой [1, 6]. Вышеперечисленные факторы приводят к удлинению предоперационного периода, что осложняет последствия оперативного вмешательства [3, 4]. При этом увеличивается вероятность как интраоперационных (повреждения сосудов и протоков при манипуляции в области инфильтрата), так и послеоперационных осложнений (стриктуры внепеченочных желчных протоков, стеноз большого дуоденального соска, послеоперационный панкреатит, развитие гнойных внутрибрюшинных процессов и гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны) [3, 4, 6].

**Целью** нашего исследования является разработка рациональной хирургической тактики лечения больных с острым холециститом путем оценки эффективности диагностических критериев, достоверно отражающих патологический процесс в желчном пузыре.

### **Материалы и методы**

В исследование включено 137 больных с различными формами острого холецистита (ОХ), проходивших лечение в Гомельской областной клинической больнице за период с 2006 по 2007 год. Мужчин было — 21 (15,3%), женщин — 115 (83,9%). Средний возраст больных — 51,5 ± 4,5 лет. Всем больным в разные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия различных видов, проведенная после стандартного набора диагностических процедур, включающих биохимический анализ крови по основным лабораторным показателям, УЗИ органов брюшной полости, в отдельных случаях — лапароскопическое исследование.

Больные были разделены на 3 группы: первую составили больные с острым холециститом, оперированные в срочном порядке ( $n = 72$ ); вторую — больные, поступившие для планового

оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и патолого-гистологического заключения были выявлены различные формы острого холецистита ( $n = 35$ ); третья (контрольная группа) — больные с хроническим калькулезным холециститом.

Группы были однородны не только по социально-демографическим, но и по клиническим характеристикам.

Исследование было ретроспективным и рандомизированным.

В ходе исследования оценивались такие диагностические критерии, как:

#### **А) Клинические данные:**

— местные признаки воспаления (болезненность, напряженность в области правого подреберья, симптомы Мерфи, Ортнера, Кера);

— системные признаки воспаления (повышение температуры тела более 38,0°C, лейкоцитоз более  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ , изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рассчитанного по формуле Я. Я. Кальф-Калифа, ускорение СОЭ у мужчин — более 10 мм/ч, у женщин — более 15 мм/ч, тахикардия — более 90 в минуту, тахипноэ — более 20 в минуту);

**Б) Данные ультразвукового исследования,** указывающие на острый холецистит (утолщение стенки ЖП более 4 мм; изменения структуры стенки — «двойной контур», слоистость, деформация; увеличение размеров желчного пузыря, наличие вклиненного камня в шейке ЖП; скопление жидкости в перивезикальном пространстве);

#### **В) Данные, полученные в ходе операции:**

— интраоперационные трудности;

— длительность оперативного вмешательства;

— характер оперативного вмешательства.

Также учитывалась длительность пребывания больных в стационаре.

Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики с использованием пакета статистического анализа данных «STATISTICA 6,0».

### **Клинико-лабораторные характеристики больных острым калькулезным холециститом**

Состояние больных первой группы оценивалось как среднетяжелое, реже — тяжелое, что зависело от длительности догоспитального этапа, выраженности сопутствующей патологии, возраста пациентов. В первой группе пациентов местные симптомы острого холецистита (боль в правом подреберье, напряженность мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера) выявлены в 50,7% случаев. Признаки синдрома системной воспа-

лительной реакции (повышение температуры тела, лейкоцитоз, изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ)) в первой группе со-

ставили 28,83%. Клинико-лабораторные показатели синдрома системной воспалительной реакции представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Признаки синдрома системного воспалительного ответа у больных в первой и контрольной группах ( $M \pm m$ )

Признаки ССВО	Первая группа	Контрольная группа	P-уровень
T тела (°C)	38,03±0,4	36,8±0,04	<0,05
ЧСС (уд./мин)	82,1±1,07	80,06±1,2	>0,05
ЧД (мин)	17,8±1,18	16,7±0,2	>0,05
Количество лейкоцитов ( $\times 10^9$ )	12,7±1,45	6,07±0,2	<0,05
СОЭ (мм/ч)	28,02±2,06	12,8±1,6	<0,05

Как видно из таблицы, признаками синдрома системного воспалительного ответа, достоверно отражающими патологический процесс у больных в первой группе, являются температура тела и количество лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов. Частота сердечных сокращений и частота ды-

ханий не являются прогностическими критериями патологического процесса в желчном пузыре.

Проведен анализ биохимических показателей с целью установления их прогностической значимости у больных первой и контрольной групп (таблица 2).

Таблица 2 — Биохимические показатели сыворотки крови больных первой и контрольной групп ( $M \pm m$ )

Показатель	Первая группа	Контрольная группа	P-уровень
АлТ (моль/л)	74,9±21,8	36,4±8,1	<0,05
АсТ (моль/л)	136,7±63,2	31,6±6,2	<0,05
Общий билирубин (мкмоль/л)	14,43±1,56	13,4±1,9	>0,05
Общий белок (г/л)	70,9±1,39	72,02±0,9	>0,05
Щел. фосфатаза (ед./л)	153,2±37,45	108,5±7,78	>0,05
Мочевина (моль/л)	10,7±2,75	5,9±0,37	<0,05

Таким образом, прогностическими критериями острого воспалительного процесса в желчном пузыре следует считать уровень трансаминаз и мочевины в сторону их увеличения. Показатели общего билирубина, белка сыворотки крови и щелочной фосфатазы не отражают степень воспалительных изменений стенки желчного пузыря и имеют в данном случае прикладное значение.

#### Результаты дополнительных методов исследования больных с острым холециститом

УЗ-признаки острого холецистита (утолщение стенки, изменения структуры стенки —

«двойной контур», слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненного камня в шейке желчного пузыря) были как в первой (67,00%), так и в контрольной (10,3%) группах.

#### Характеристики оперативных вмешательств и послеоперационного койко-дня у больных острым холециститом

В первой группе больных отмечена достоверная разница в длительности оперативного вмешательства по отношению к контрольной группе (таблица 3).

Таблица 3 — Длительность оперативного вмешательства и послеоперационный койко-день в первой и контрольной группах

Критерий	Первая группа	Контрольная группа	P-уровень
Длительность операции (мин)	55,8±1,9	46,33±2,7	< 0,05
Послеоперационный койко-день	9,87±0,25	6,48±0,27	< 0,05

Временные критерии длительности оперативного вмешательства косвенно отражают степень

выраженности патологического процесса в стенке желчного пузыря и паравезикально, создавая тех-

нические трудности во время выполнения оперативного пособия и предпосылки для конверсии ввиду интраоперационных осложнений. Так, конверсии в первой группе больных были выполнены в 14,29% случаев. Интраоперационные сложности (кровотечения из сосудов гепато-дуоденальной связки, повреждение внепеченочных желчных протоков) были отмечены у 27,1% пациентов. Средняя длительность послеоперационного стационарного лечения больных первой группы значительно превосходит послеоперационный койко-день пациентов контрольной группы.

#### **Клинико-лабораторные характеристики больных со «скрытой» формой острого калькулезного холецистита**

Состояние больных второй группы оценивалось как удовлетворительное. При этом местные симптомы острого холецистита (боль в правом подреберье, напряженность мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Кера) либо не были

выявлены, либо оказывались сомнительными. Признаки синдрома системной воспалительной реакции (повышение температуры тела, лейкоцитоз, изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ)) во второй группе составили 25,53%. Клинико-лабораторные показатели синдрома системной воспалительной реакции представлены в таблице 4.

Из таблицы следует, что у больных «скрытой» формой острого холецистита прогностически значимыми критериями синдрома системного воспалительного ответа является скорость оседания эритроцитов. Частота сердечных сокращений и дыхания, а также количество лейкоцитов и температурная реакция реально не отражают степень патологических изменений в стенке желчного пузыря.

Нами были изучены биохимические критерии, косвенно отражающие воспалительные изменения в желчном пузыре и паравезикально (таблица 5).

Таблица 4 — Признаки синдрома системного воспалительного ответа у больных во второй и контрольной группах ( $M \pm m$ )

Признаки ССВО	Вторая группа	Контрольная группа	P-уровень
T тела (°C)	37,6±1,8	36,8±0,04	>0,05
ЧСС (уд./мин)	79,8±1,08	80,06±1,2	>0,05
ЧД (мин)	16,6±0,3	16,7±0,2	>0,05
Количество лейкоцитов( $\times 10^9$ )	6,9±0,2	6,07±0,2	>0,05
СОЭ (мм/ч)	21,57±2,05	12,8±1,6	<0,05

Таблица 5 — Биохимические показатели сыворотки крови больных второй и контрольной групп ( $M \pm m$ )

Показатель	Вторая группа	Контрольная группа	P-уровень
АлТ (моль/л)	69,4±11,3	36,4±8,1	<0,05
АсТ (моль/л)	112,7±43,1	31,6±6,2	<0,05
Общий билирубин (мкмоль/л)	17,3±2,54	13,4±1,9	>0,05
Общий белок (г/л)	66,2±2,56	72,02±0,9	>0,05
Щел. фосфатаза (ед./л)	144,1±44,76	108,5±7,78	>0,05
Мочевина (моль/л)	11,7±1,43	5,9±0,37	<0,05

Таким образом, во второй группе, как и в первой прогностическими критериями, достоверно отражающими острый воспалительный процесс в стенке желчного пузыря, являются уровни трансаминаз и мочевины в сторону их увеличения. Показатели общего билирубина, белка сыворотки крови и щелочной фосфатазы достоверно неотличимы от таковых при сравнении с контрольной группой.

#### **Результаты дополнительных методов исследования у больных со «скрытой» формой острого калькулезного холецистита**

УЗ-признаки острого холецистита (утолщение стенки, изменения структуры стенки —

«двойной контур», слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненного камня в шейке желчного пузыря) присутствовали в 63% случаев у больных со «скрытой» формой острого холецистита.

#### **Характеристики оперативных вмешательств и послеоперационного койко-дня у больных со «скрытой» формой острого холецистита**

Во второй группе больных отмечена достоверная разница в длительности оперативного вмешательства по отношению к контрольной группе (таблица 6).

Таблица 6 — Длительность оперативного вмешательства и послеоперационного койко-дня во второй и контрольной группах

Критерий	Вторая группа	Контрольная группа	P-уровень
Длительность операции (мин)	92,8±5,3	46,33±2,7	< 0,05
Послеоперационный койко-день	11,83±0,9	6,48±0,27	< 0,05

Временные критерии длительности оперативного вмешательства во второй группе значительно превосходят таковые в контрольной группе, что отражает выраженные технические трудности во время оперативного пособия и частоту конверсий, связанную также с интраоперационными осложнениями. Так, конверсии во второй группе больных были выполнены в 33,2% случаев. Интраоперационные сложности (кровотечения из сосудов гепато-дуоденальной связки, повреждение внепеченочных желчных протоков) были отмечены у 57,1% пациентов. При этом послеоперационный койко-день увеличился почти вдвое.

#### **Заключение**

В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. Острый воспалительный процесс в желчном пузыре не сопровождается системным воспалительным ответом, когда острое воспаление развивается на фоне рубцово-инфильтративных изменений в желчном пузыре, что клинически выражается в «скрытой» форме острого холецистита.

2. Основными критериями, позволяющими четко дифференцировать острый процесс в желчном пузыре от хронического, являются данные сонографии. При выявлении вклиненного камня в шейке желчного пузыря, увеличения его размеров, утолщения стенки, изменения ее структуры — «двойной контур», слоистость, деформация сле-

дует устанавливать показания к срочному оперативному лечению пациентов.

3. Удлинение предоперационного периода у больных с острым холециститом приводит к значительному увеличению длительности оперативного вмешательства, что связано с выраженными техническими трудностями во время операции (наличие плотного инфильтрата в шейке желчного пузыря на фоне его деструкции). При этом оперативное пособие, начатое малоинвазивно, заканчивается конверсией в 33,2% случаев.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. 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.
2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. — М.: Медицина, 1988. — 265 с.
3. Гальперин, Э. И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э. И. Гальперин, Ю. М. Дедерер. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
4. Дедерер, Ю. М. Желчнокаменная болезнь / Ю. М. Дедерер, Н. П. Крылова, Г. Г. Устинов. — М.: Медицина, 1983. — 172 с.
5. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы / Ю. Х. Мараховский // *Национальная школа гастроэнтерологов, гепатологов*. — Мн., 2003. — № 1. — С. 81–88.
6. Лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / М. З. Загидов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 109–110.

Поступила 21.11.2007

УДК 616.36-004:616.33-002.28]-07-08

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ГАСТРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

**Е. Г. Малаева, Н. Н. Силивончик, И. И. Мистюкевич, А.Л. Калинин, Э. Н. Платошкин, Е. И. Михайлова**

**Гомельский государственный медицинский университет  
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск**

Проведен анализ жалоб у больных циррозом печени с портальной гипертензивной гастропатией. Все больные с портальной гипертензивной гастропатией предъявляли жалобы диспептического характера. Больные с портальной гипертензивной гастропатией по сравнению с больными без портальной гипертензивной гастропатии чаще предъявляли жалобы на раннее насыщение и чувство переполнения ближе к средней линии в верхней части живота, из жалоб общего характера — на слабость, повышение температуры тела, инверсию сна, наличие отеков, что может объясняться более тяжелым течением цирроза печени у больных с портальной гипертензивной гастропатией.

**Ключевые слова:** цирроз печени, портальная гипертензивная гастропатия.