

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У МУЖЧИН: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Быков А. В., Орешкин А. Ю.

ГОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», Волгоград, Россия. (400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1).

Проведен ретроспективный анализ 829 историй болезней пациентов с острым холециститом (ОХ), из них мужчин – 204 (24,6 %), оперированы – 124 (60,8 %). В сравнительном гендерном аспекте были изучены частота ОХ в разных возрастных группах, непосредственные результаты лечения, анализ летальности в историческом аспекте. За 15 лет заметно – с 16,9 % до 24,6 % выросла доля мужчин среди больных, госпитализированных с диагнозом ОХ, а у стариков доля мужчин – 33,4 %, что выше (27,3 %), чем в популяции. У мужчин значительно чаще констатирован осложненный ОХ, достоверно выше необходимость неотложных вмешательств, уровень конверсии ЛХЭ, послеоперационных осложнений, летальность (4,03 % против 0,3 % у женщин). За 15 лет послеоперационная летальность при ОХ снизилась статистически достоверно с 3,2 % до 1,35 % преимущественно за счет женщин – с 2,3 % до 0,3 %. У мужчин снизилась – с 7,03 % до 4,03 %. Авторы считают, что мужчины нуждаются в иной, более активной хирургической тактике, чем женщины. Учет гендерного фактора в протоколах лечения является важным резервом улучшения результатов лечения острого холецистита.

Ключевые слова: острый холецистит у мужчин, хирургическое лечение.

ACUTE CHOLECYSTITIS IN MEN: PROBLEMS AND TRENDS

Bykov A. V., Oreshkin A. Y.

The Volgograd State Medical University .Russia.1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation

A retrospective analysis of 829 histories of patients with acute cholecystitis (AC) was conducted. Out of 829 patients, 204 were men (24,6 %), 124 (60,8 %) of them underwent surgery. A comparative gender analysis was conducted to study the frequency AC in different age groups, the immediate results of treatment, and mortality rate. The analysis has revealed that the number of men diagnosed and hospitalized with AC over the last 15 years has increased, from 16.9 % to 24.6 %. The frequency of AC in elderly men is 33,4 %, which is higher than the frequency of AC in population, 27,3 %. Men more often than women develop a complicated AC. They demonstrate a higher rate of urgent interventions, laparoscopic cholecystectomy conversion, postoperative complications, and a higher mortality rate, 4,03 % in men compared to 0.3 % in women. Over 15 years, the postsurgical mortality in AC has statistically significantly decreased, from 3.2 % to 1.35 %. This decrease, however, has occurred at the expense of women, from 2.3 % to 0.3 %. The mortality rate among men has decreased from 7,03 % to 4.03 %.

The authors believe that men are in need of more active surgical tactics compared to women. Including a gender perspective in treatment protocols of AC is important for improving treatment.

Key words: acute cholecystitis, male, surgery.

Введение

Согласно мнению многих авторитетных хирургов [1, 2, 5, 7], острый холецистит (ОХ) у мужчин, в сравнении с ОХ у женщин, обладает рядом отличительных особенностей: относительная редкость в молодом и среднем возрастах, заметный рост числа заболевших в пожилом возрасте, большее, чем у женщин, число осложненных форм бескаменного холецистита, худшие результаты диагностики и лечения. Наличие отличительных гендерных особенностей привело к применению в клинической практике понятия «мужской холецистит» как варианта его атипичного течения [6]. Многие авторы [8, 9, 10] относят мужской пол к

независимым факторам риска развития гангренозного холецистита, конверсии при выполнении лапароскопической холецистэктомии, большего числа послеоперационных осложнений.

Наш поиск среди отечественных источников показал, что целенаправленному изучению проблемы «мужского холецистита», после работ Нихинсона Р. А. и соавт, 1991⁽⁵⁾, и Островского В. К., 1991⁽⁷⁾ за последние 2 десятилетия внимания практически уделено не было.

Целью нашей работы было провести ретроспективно-сравнительный анализ результатов диагностики и лечения острого холецистита у мужчин в нашей клинике, постараться выявить тенденции, оценить актуальность проблемы «мужского холецистита», как с точки практической хирургии, так и с точки зрения перспектив научного изучения.

Материалы и методы. В основу работы положен сравнительный ретроспективный анализ 829 историй болезней пациентов, лечившихся по поводу ОХ в нашей клинике, в период с 2008 г. по 2011 г. включительно. Среди них было мужчин – 204 (24,6 %), большинство из которых 124 (60,8 %) были оперированы в срочном порядке, а 39,2 % – после купирования приступа выписаны без операции. Части из них было рекомендовано плановое оперативное лечение в клинике. В сравнительном гендерном аспекте были изучены частота встречаемости ОХ в разных возрастных группах, качество диагностики (число диагностических ошибок), результативность консервативной терапии, соотношения срочных и отсроченных, открытых и лапароскопических операций, уровень конверсии, непосредственные результаты хирургических вмешательств. Для оценки имеющихся тенденций полученные данные сравнили с результатами лечения 1071 пациента, оперированных в клинике в 1995–2000 годах, среди которых мужчин было 199 (18,5 %). Для статистической оценки использованы критерии Стьюдента, хи-квадрат (χ^2), относительного риска (OR).

Результаты и обсуждение

Установлено, что за последние 15 лет относительная частота заболеваемости ОХ у мужчин постоянно растет. Так, доля мужчин среди больных, госпитализированных в клинику с диагнозом ОХ, значительно, статистически достоверно выросла с 16,9 % до 24,6 % ($\chi^2 = 10.16$, $p < 0,05$), т.е. соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Причем этот рост у мужчин имеет существенную связь с возрастным фактором. В наших наблюдениях средний возраст мужчин ($61,7 \pm 14,3$) был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у женщин ($57,9 \pm 15,9$). В возрасте старше 60 лет было 118 мужчин и 305 женщин в соотношении 1:2,58. Доля стариков (>75 лет) среди мужчин (50 человек – 24,5 %) достоверно выше ($\chi^2 = 8.18$, $p < 0,05$), чем у женщин (98 человек – 15,6 %), а соотношение мужчин к женщинам в этой возрастной группе составило уже 1:2.

Для более корректной оценки частоты острого холецистита у мужчин мы сравнили их долю среди больных разных возрастных групп и данные переписи населения РФ 2012 г. по Красноармейскому району г. Волгограда, [4] в котором располагается клиника и жители которого, соответственно, составляют основной контингент поступающих в стационар пациентов. Данные, представленные в виде диаграммы на рис.1, показывают, как с возрастом разнонаправлено меняется доля мужчин в популяции и среди больных ОХ.

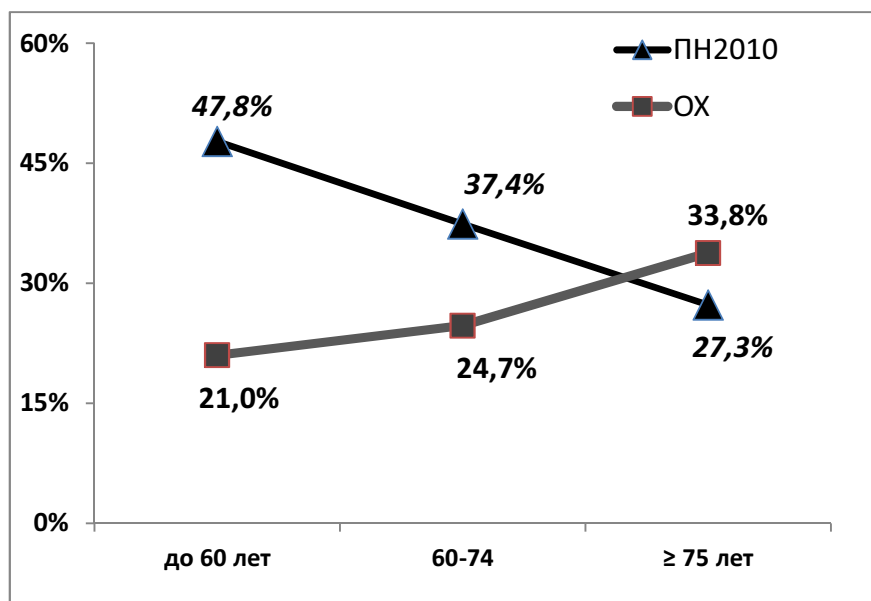


Рисунок 1. Возрастная динамика доли мужчин в популяции и среди больных острым холециститом с

Данные наглядно демонстрируют, как с возрастом ОХ все более приобретает «мужские черты», а у стариков заболеваемость у мужчин становится даже выше, чем у женщин.

По срокам госпитализации различий между мужчинами и женщинами не отмечено: в первые сутки, от начала приступа было госпитализировано 48,2 % мужчин и 52,1,% – женщин; до 48 часов – 42,3 % и 42,6 %; позже 72 часов – 4,9 % мужчин и 5,3 % женщин. Несущественность различий дает основания полагать, что этот временной фактор не имел влияния в различиях результатов лечения.

Относительная редкость в прошлые десятилетия и также особенности клинического течения давали основания относить «мужской холецистит» к атипичным формам заболевания, что, очевидно, могло служить поводом для недостаточного числа диагностических ошибок. Так, по данным *А. И. Краковского и Г. П. Петрова (1978)*, *В. К. Островского (1991)*, при наличии деструктивных изменений в желчном пузыре с диагнозом другого острого заболе-

вания органов брюшной полости в стационары поступают до 17 % больных мужского пола и почти в 3 раза реже – женского.

По нашим наблюдениям, у 14,7 % мужчин при поступлении в диагнозе не звучал острый холецистит, а был выставлен иной диагноз, однако в большинстве своем он был обозначен как «острый панкреатит», что с точки зрения анатомо-физиологической взаимосвязи и схожести начального лечебно-диагностического алгоритма (УЗИ, лечебные мероприятия, обязательно включающие инфузионную терапию, спазмолитики), на наш взгляд, не является принципиальным. В итоге принципиально ошибочные, не связанные с билиарной системой диагнозы при госпитализации отмечены лишь у 10 (4,9 %), среди них ожидаемый острый аппендицит – у 5 пациентов, стенокардия – (1), почечная колика – (2), ОКН и пневмония – (по 1). Однако УЗИ, выполненное в ранние сроки, во всех случаях позволило своевременно скорректировать диагноз.

Более существенные отличия отмечаются в вариантах клинического развития самого приступа ОХ. В работах сотрудников нашей клиники [6], посвященных атипичному течению острого холецистита, была выделена «скрытая форма деструктивного холецистита» (СФДХ), под которой мы понимаем такой вариант течения ОХ, при котором достигнутое в результате консервативной терапии или самостоятельного купирования, по клинко-лабораторным признакам острого приступа оказывается мнимым, в то время как на фоне стойкой обтурации (блокады) ЖП сохраняются или прогрессируют гнойно-деструктивные изменения в нем. Изучение клинических особенностей СФДХ показало, что именно у мужчин со «стихшим» по клинко-лабораторным признакам приступом, СФДХ выявлялась в 1,5 раза чаще, чем у женщин.

У мужчин ОХ протекал достоверно чаще с большим числом деструктивных форм и перитонитом. Флегмона и гангрена желчного пузыря у мужчин отмечена в 95 (77 %), женщин – в 201 (61 %) наблюдениях ($OR = 2,67 (1,61 \text{ до } 4,43), p < 0,05$); перитонит – у 36 мужчин (29,1 %) и 52 (15,7 %) женщин ($OR = 2,19 (1,35 \text{ до } 3,58); p < 0,05$).

Чаще, хотя и статистически недостоверно, у мужчин течение ОХ было осложнено протоковой патологией – холедохолитиаз обнаружен у 9,6 % мужчин (12 наблюдений) и 5,1 % женщин (17 наблюдений) ($OR = 1,98 (0,92 \text{ до } 4,27) \chi^2 = 3.12, p > 0,05$); холангит у 5,6 % мужчин (7) и у 1,8 % (8) женщин ($OR = 2,42 (0,86 \text{ до } 6,81), \chi^2 = 2.95 p > 0,05$);

В нашей клинике в отношении ОХ принята сбалансировано-активная лечебно-диагностическая тактика, предусматривающая при отсутствии абсолютных показаний к экстренной операции проведения курса консервативной терапии, направленной на купирование приступа в течение 1–2 рабочих циклов, и выполнение срочных операций у больных с некупирующимся приступом, а также у больных, с сонографическими признаками неразрешаю-

щейся обтурации желчного пузыря, даже при клинико-лабораторных признаках стихания процесса (СФДХ). У пациентов с достоверно купированным приступом после дополнительного обследования и коррекции сопутствующей патологии операция выполняется в отсроченном порядке или рекомендуется плановое вмешательство.

Из общего числа 829 больных с ОХ нами оперировано 423, из них 124 мужчины и 331 женщина. Доля больных старше 60 лет составила 50,2 %. Общая хирургическая активность оставила 54,8 % , 52,8 % – у женщин и несколько больше у мужчин – 60,8 % ($OR = 1,38$ (1 до 1,9); $p > 0,05$). Однако у мужчин проводившаяся консервативная терапия оказались достоверно менее эффективной, чем у женщин. Выполнения экстренных и срочных вмешательств, при неэффективности консервативной или при выявлении СФДХ, потребовалось у 56 % мужчин (70 пациентов) и у женщин – в 43 % (142), ($OR = 1,73$ (1,14 до 2,62), $p < 0,05$).

При выборе объема оперативного вмешательства у пожилых больных мы в большинстве случаев отдаем предпочтение радикальным вмешательствам, оставляя за малоинвазивной холецистостомией, этапной или паллиативной, достаточно ограниченное место для пациентов с крайней степенью операционно-наркозного риска. Наш подход, в данном случае, базируется как на собственном опыте, так и на результатах критического анализа данных литературы [3]. Декомпрессионная холецистостомия была выполнена у 8,2 % больных старше 60 лет.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) была предпринята у 145 (43,8 %) женщин и у 31 (25 %) мужчины, при этом общий уровень конверсии составил 10,2 %. В то же время нами отмечена значительная, статистическая разница по этому показателю в зависимости от пола пациента. Так, если у женщин этот показатель составил 6,8 %, а то у мужчин он оказался почти в четыре раза выше – 25,8 % ($OR = 4,7$ (1,68 до 13,15), $p < 0,05$). При этом заметим, что сужение показаний к ЛХЭ у мужчин были вызваны более тяжелым клиническим течением и предполагаемыми, по данным обследования, до операции техническими трудностями и перивезикальными осложнениями.

Значительно худшими оказались и результаты оперативных вмешательств. Статистически достоверно в 2,7 раза чаще у мужчин отмечались различные, преимущественно раневые, легочные и сердечно-сосудистые послеоперационные осложнения, а также острая задержка мочи с развитием мочевого инфекции. Различные послеоперационные осложнения констатированы у 18 (14,5 %) мужчин и у 18 (5,4 %) женщин ($OR = 2,95$ (1,48 до 5,88); $p < 0,05$).

Особого внимания заслуживает тот факт, что летальность у мужчин оказалась в 10 раз выше, чем у женщин. В то время как общая послеоперационная летальность в наших наблюдениях составила 1,35 %, то у мужчин она составила 4,03 % (5 из 124 оперированных), среди

женщин умерла лишь 1 (0,3 %) пациентка из 331 оперированных ($OR = 13,87$ (1,6 до 119,9), $F = 0.006625$, $\xi^2 = 9.65$, $p < 0,05$).

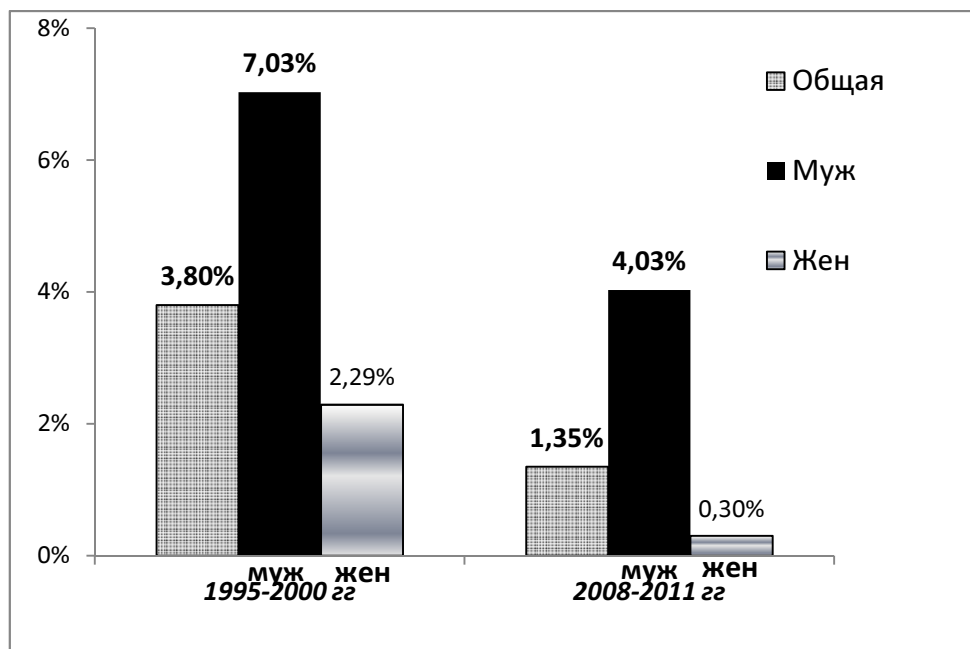


Рисунок 2. Динамика показателей послеоперационной летальности

Весьма интересные результаты нам дал сравнительный анализ послеоперационной летальности за 2 периода, отделенных друг от друга интервалом практически в 15 лет. Мы сравнили показатели летальности за период, анализируемый в нынешнем исследовании (2008–2011 годы) и наши данные за 1995–2000 годы (рис. 2). Выяснилось, что за 15 летний период нам удалось более чем в 2 раза, с 3,08 % до 1,35 % ($\xi^2 = 4,08$, $p < 0,05$) снизить послеоперационную летальность при остром холецистите. При этом это улучшение было достигнуто преимущественно за счет лечения женщин, у которых летальность снизилась в 6 раз, статистически достоверно – с 2,29 % до 0,3 %, ($\xi^2 = 5,55$, $p < 0,05$). У мужчин же результаты оказались гораздо более скромными, за 15 лет летальность снизилась менее чем в 2 раза – с 7,03 % до 4,03 % ($\xi^2 = 1,5$; $p > 0,05$).

Таким образом, лишний раз, констатируя более агрессивное и тяжелое, чем у женщин, течение ОХ у мужчин, со склонностью к осложненным и атипичным формам, мы пришли к следующим выводам.

Выводы:

1. В последние десятилетия частота заболеваемости острым холециститом у мужчин неуклонно растет, а в старших возрастных группах, особенно в старческом возрасте, оказывается даже выше чем у женщин.

2. Несмотря на все современные достижения в диагностике и лечения ОХ, разработку и внедрение современных лечебно-диагностических алгоритмов, малоинвазивных вмешательств у мужчин не удалось добиться столь впечатляющих результатов, как у женщин. Очевидно, что именно пациенты – мужчины, особенно пожилого и старческого возраста и составляют основную «группу риска» в лечении острого холецистита.

3. Исходя из этого, кажется очевидным, что даже отлаженная, современная, но не учитывающая в должной степени гендерный фактор, лечебно-диагностическая тактика, не может дать желаемых результатов по улучшению результатов лечения ОХ. Напрашивается вывод, что у мужчин в отличие от женщин, хирургическая тактика в отношении ОХ должна стать разумно максимально активной.

4. Таким образом, мы полагаем, что проблема «мужского холецистита» существует и на данном этапе развития хирургии ОХ вновь приобретает актуальность для неотложной хирургии желчных путей.

Список литературы:

- 1 Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М.: Медицина, 1990. 240 с.
- 2 Краковский А. И., Петров Г. П. Клиника и диагностика желчно-каменной болезни у мужчин // Хирургия. – 1978. – № 7. – С. 33–37.
- 3 Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите: состояние проблемы по данным доказательной медицины / А. Г. Бебуришвили, С. И. Панин, Е. Н. Зюбина, А. В. Быков // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т.16. – № 3. – С. 83–88.
- 4 Население по полу и возрасту по г. Волгограду / Итоги переписи населения 2010. [Электронный ресурс]. URL <http://www.volgststat.ru/vpn2010/itogi/default.aspx> (дата обращения: 23.01.2013).
- 5 Нихинсон Р. А., Дудникова Г. Ю., Войтович Ю. М. Клинические особенности острого холецистита у мужчин // Клини. медицина. – 1991. – № 2. – С. 84–86.
- 6 Орешкин А. Ю., Быков А. В. Атипичное течение острого деструктивного холецистита // Вестник ВолГМУ. – 2011. – № 3. – С. 113–116.
- 7 Островский В. К. Особенности проявлений калькулезного холецистита у мужчин // Хирургия. – 1991. – № 11. – С. 33–34.
- 8 Evaluation of preoperative risk factors for converting laparoscopic to open cholecystectomy / N.W. Lee , J. Collins , R. Britt , L.D. Britt // Am Surg. – 2012. – Aug.;78 (8):831-3.
- 9 Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Tho-

laparoscopic Surgery database / Giger UF, Michel JM, Opitz I, et al. // Am. Coll. Surg. – 2006. Nov.; 203 (5):723-8.

10 Sex-based analysis of the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / H. K. Lee , H. S. Han , S. K. Min , J. H. Lee // Br. J. Surg. – 2005 Apr.; 92 (4):463-6.

Рецензенты:

Попова Ирина Степановна, д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.

Полянцев Александр Александрович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Волгоградского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград.