

На правах рукописи

ПУЗИКОВА АЛЛА ВЛАДИМИРОВНА

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград –2018

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
государственном бюджетном учреждении
Волгоградский медицинский научный центр

Научный руководитель:

доктор медицинских наук **Панин Станислав Игоревич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кчибеков Элдар Абдурагимович

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» Медицинский институт

Никольский Валерий Исаакович

Ведущая организация:

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2018г. в ____ часов на заседании диссертационного Совета Д 208. 008.003 по присуждению ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России по адресу: 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1. www.volgmed.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор

Вейсгейм Людмила Дмитриевна

Актуальность темы

В настоящее время продолжает отмечаться тенденция роста госпитализированных пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости, в том числе больных с острым холециститом (Майстренко Н. А., 2009, Федоров А.В., 2008, Никольский В.И., 2013, Гольбрайх В.А., 2014, Ермолов А.С., 2014, Кчибеков Э.А. и др., 2016, Черкасов М.Ф., 2016). При этом наиболее «тяжёлой формой» этого заболевания является перфоративный холецистит (Date R.S. et al., 2012; Soto L.R. et al., 2014, Chowksey S. R. et al., 2014).

Разработанные Российским Обществом Хирургов (РОХ) клинические рекомендации (2015) определяют тактику лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и острым холециститом, но не детализируют особенности лечения пациентов с перфорацией желчного пузыря.

По данным различных источников, частота встречаемости прободения желчного пузыря варьирует в пределах 1% – 20% от общего количества больных с острым холециститом (Гостищев В.К., Мисник В.И., 1985; Anderson V.B. and Nazem A., 1987; Бауткин А.В., Черкасов М.Ф., 2012, Bhatwal A. S., Deolekar S.R., Karandikar S. S., 2013, Cristian D.A., Grama F.A., Burcos T., 2014, Coskun S. et al., 2014, Chowksey S. R. et al., 2014, Başara I., Seçil M., 2014, Ausania F. et al., 2015).

В прошедшие десятилетия широкое внедрение миниинвазивных технологий позволило значительно улучшить результаты лечения общей популяции больных с острым воспалением желчного пузыря (Прудков М.И. 2007; Емельянов С.И. и др., 2011; Шулутко А. М., 2012; Ермолов А.С., 2014, Черкасов М.Ф., 2016). Однако в группе пациентов с перфоративным холециститом ситуация существенным образом не изменилась. Общая летальность при этой патологии по-прежнему остается достаточно высокой, варьируя в пределах 12 % – 20 % (Date R. S. et al., 2012; Cristian D.A., Grama F.A., Burcos T., 2014, Coskun S. et al. 2014), достигая, по данным некоторых авторов, 40 % – 70 % (Stefanidis D. et al. 2006; Meddings L. et al. 2010; Mavroeidis V.K. et al. 2013).

Также необходимо отметить, что общепринятых единых подходов к лечению группы больных с перфорацией стенки желчного пузыря не существует (Date R.S. et al., 2012; Mavroeidis V.K. et al., 2013). Выбор оптимальной тактики лечения перфоративного холецистита затрудняется тяжестью течения заболевания (Stefanidis D. et al., 2006), сложностью диагностики (Sood B.P. et al., 2002; Stefanidis D. et al., 2006; Dean D.E. et al., 2014), техническими трудностями выполнения оперативных вмешательств (Mavroeidis V.K. et al., 2013, Singh M. et al., 2014) и различными взглядами на возможности миниинвазивных технологий в лечении больных с перфорацией желчного пузыря (Kochar K. et al., 2008; Agarwal N. et al., 2013).

Степень научной разработанности проблемы.

В настоящее время в Российской Федерации разработаны национальные клинические рекомендации (Ростов-на-Дону, 2015) по лечению больных с острым холециститом. Однако, вопросы диагностики и лечения одного из жизнеугрожающих осложнений острого воспаления желчного пузыря –

перфорации – на сегодняшний день изучены недостаточно (Date R. S. et al., 2012, Cristian D.A., Grama F.A., Burcos T., 2014, Coskun S. et al., 2014, Chowksey S. R. et al., 2014, Başara I., Seçil M., 2014, Ausania F. et al., 2015). Результаты лечения данной когорты пациентов остаются неудовлетворительными (Date R. S. et al., 2012; Cristian D.A., Grama F.A., Burcos T., 2014, Coskun S. et al. 2014), а взгляды на возможности миниинвазивных технологий различными (Kochar K. et al., 2008; Date R.S. et al., 2012; Mavroeidis V.K. et al., 2013, Agarwal N. et al., 2013). К тому же до сих пор имеются разночтения в терминологии и классификации перфоративного холецистита (Kochar K. et al., 2008, Date R. S. et al., 2012).

Таким образом, считается перспективным изучение перфоративного холецистита с целью поиска оптимальных способов диагностики и тактики лечения этой когорты пациентов.

Цель и задачи исследования. Цель настоящего исследования – улучшение результатов лечения пациентов с перфоративным холециститом за счет индивидуализации метода лечения и использования миниинвазивных технологий.

В соответствии с поставленной целью задачами работы явились:

1. Изучить частоту встречаемости и особенности клинического течения различных типов перфорации желчного пузыря.

2. По материалам клиники провести сравнительный анализ результатов лечения перфоративного холецистита за 20-ти летний период.

3. Изучить причины значительной вариабельности и гетерогенности результатов лечения больных с перфоративным холециститом.

4. Дать сравнительную характеристику миниинвазивных вмешательств с позиции оценки их эффективности в лечении перфоративного холецистита.

5. Разработать алгоритм индивидуализированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства и обосновать рекомендации по оптимизации хирургической тактики лечения перфоративного холецистита.

Научная новизна работы. Обоснованы и разработаны принципы дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики лечения перфоративного холецистита с учетом возможностей миниинвазивных технологий.

Выделены в отдельную группу и детально проанализированы частота встречаемости и особенности хирургического лечения «атипичных» клинических форм перфорации желчного пузыря.

Впервые использованы сочетанные лапароскопические и минилапаротомные политехнологии в лечении синдрома Bouveret.

Определены причины значительной вариабельности результатов лечения больных с перфоративным холециститом, затрудняющих проведение обобщающих вторичных научных исследований.

Практическая ценность. В процессе исследования разработаны предложения по оптимизации хирургической тактики лечения перфоративного холецистита на основе применения современных методов диагностики и лечения.

Определены наиболее эффективные варианты лапаротомных и миниинвазивных оперативных вмешательств при различных типах перфорации желчного пузыря.

Разработаны тактические принципы рационального использования миниинвазивных вмешательств, основанные на типологии перфоративного холецистита.

Создана платформа по улучшению оценки результатов лечения больных с перфоративным холециститом в рамках систематического анализа.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Перфоративный холецистит встречается у 2,8 % больных без четкой взаимосвязи с клинической картиной и характером морфологических изменений желчного пузыря.

2. Основные пути улучшения результатов лечения пациентов с перфоративным холециститом базируются на:

- учете клинической гетерогенности больных с прободением желчного пузыря,
- применении миниинвазивных вмешательств, позволяющих снизить количество послеоперационных осложнений и общую летальность при перфоративном холецистите,
- использовании миниинвазивных хирургических политехнологий.

3. К перспективному направлению научных исследования по тематике перфоративного холецистита можно отнести изучение клинико-инструментальных параллелей при различных типах перфорации желчного пузыря.

Внедрение результатов исследования. Результаты диссертационной работы внедрены в практику работы хирургических отделений клиники факультетской хирургии на базах ГУЗ «КБ СМП № 7» г. Волгограда, ГУЗ «КБ № 4» г. Волгограда, клиники № 1 Волгоградского государственного медицинского университета.

Апробация работы. Основные положения работы изложены на научных конференциях студентов и молодых ученых Волгоградского государственного медицинского университета (ноябрь 2014, апрель 2015, апрель 2016), XVIII съезде общества эндоскопических хирургов России с международным участием (Москва, 2015г.), IV съезде хирургов юга России с международным участием (Пятигорск, 2016г.), V съезде хирургов юга России с международным участием (Ростов-на-Дону, 2017).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 10 работ, из них 4 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, характеристики клинического материала и методов исследования, глав, посвященных результатам собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа изложена на 146 страницах машинописи, иллюстрирована 18 таблицами, 26 рисунками, 5 выписками из историй болезни. Библиографический указатель содержит 237 источников, из них 96 отечественных и 141 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Диссертационная работа выполнена в дизайне исторического когортного исследования, соответствующего второму уровню доказательности по оксфордской градации, со степенью надежности практических рекомендаций В - уровня (Howick J., 2009).

За двадцатилетний период (1993 - 2013 гг.) в клинике факультетской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета было выполнено 10215 оперативных вмешательств по поводу различных форм воспаления желчного пузыря. Перфорация желчного пузыря зарегистрирована в 2,8 % наблюдений (n = 292).

Все больные были в возрасте от 26 до 97 лет, средний возраст составил $65 \pm 8,6$ г., что свидетельствует о том, что этой патологией страдают в основном лица пожилого и старческого возраста (рисунок 1).

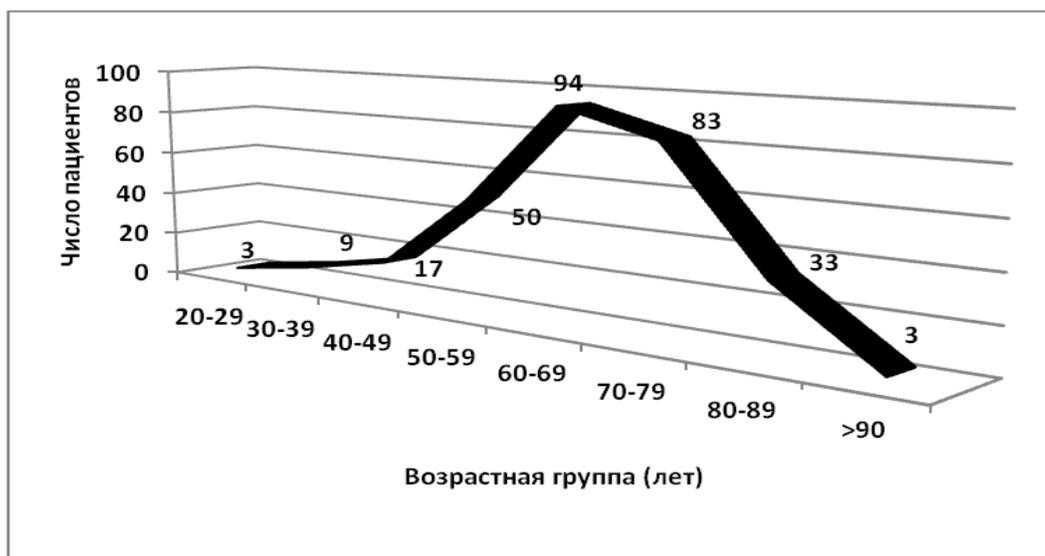


Рисунок 1 – Распределение больных с перфоративным холециститом по возрасту

В когорте больных отмечается некоторое преобладание лиц женского пола, среди больных было 84 мужчины и 208 женщин (за счет большего числа женщин, страдающих ЖКБ) (рисунок 2).

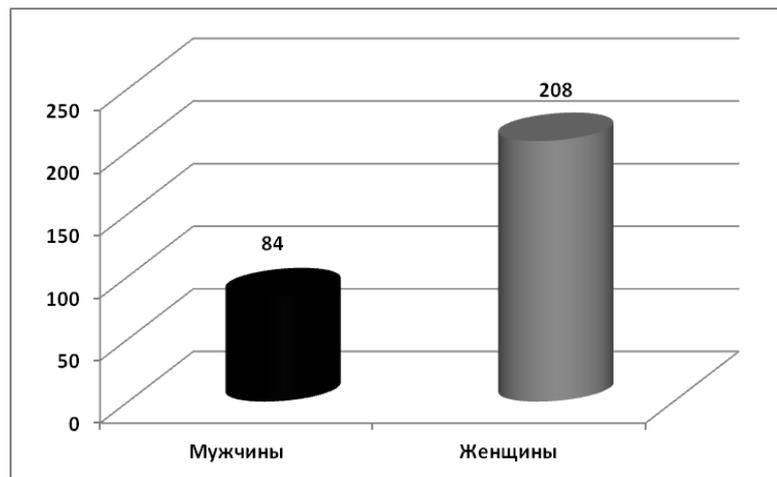


Рисунок 2 – Распределение больных с перфоративным холециститом по полу

Обследование больных выполняли комплексно с применением клинико-лабораторных, ультразвуковых, рентгенологических и эндоскопических методик исследования.

При проведении клинического обследования особое внимание уделяли сбору жалоб и анамнеза заболевания, наличию сопутствующей патологии, определению признаков обтурации желчного пузыря, перитонеальных симптомов. УЗИ органов брюшной полости было выполнено в 89 % наблюдений ($n = 260$ из 292). При оценке результатов выполнения исследования обращали внимание на размеры, контуры, структуру желчного пузыря, эхоплотность окружающих тканей, наличие холелитиаза, состояние желчевыводящих протоков. В вечернее и ночное время с клиникой перитонита поступили 11 % ($n = 32$ из 292) пациентов, выполнение УЗИ ОБП не всегда представлялось возможным ввиду отсутствия круглосуточной службы. Учитывая клиническую картину, этим больным была выполнена диагностическая лапароскопия. ЭГДС выполняли при подозрении на наличие холецистодигестивных свищей, а также с целью оценки состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. В 2,1 % ($n = 6$ из 292) случаев при подозрении на наличие холецистобилиарных свищей, а также наличие конкрементов во внепеченочных желчных протоках пациентам была выполнена ЭРПХГ. В 10,3 % ($n = 30$ из 292) наблюдений интраоперационно пациентам была выполнена холангиография, что позволило вовремя обнаружить наличие билиодигестивных, билиобилиарных свищей, холедохолитиаз, стеноз БДС. При проведении дифференциального диагноза с перфоративной язвой, а также при подозрении на острую желчнокаменную кишечную непроходимость в 13 % ($n = 38$ из 292) наблюдений была выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере при помощи пакета программ SPSS Statistics 17.0 и методами математической статистики программы Microsoft Excel 2010, при этом выбор показателя зависел от числа сравниваемых и типа распределения совокупностей, шкалы измерения показателей. Для определения нормальности была

использована центральная предельная теорема. Для оценки различий между процентными долями двух выборок и сопоставления двух различных выборок по частоте встречаемости оцениваемого эффекта был использован универсальный F-критерий Фишера. В несвязанных группах при нормальном распределении для определения различия количественных данных применяли критерий Стьюдента для несвязных групп. С целью оценки различий качественных признаков использовали критерий Хи-квадрат. Достоверными считались различия при уровне значимости $p < 0,05$.

Основные результаты собственных наблюдений.

Больные с перфоративным холециститом представляют собой крайне разнородную группу пациентов, и систематизация информации о характере прободения желчного пузыря связана с определенными трудностями, поскольку во многих классификациях острого холецистита не выделяется отдельная группа больных с перфорацией желчного пузыря (Б.А.Королев, Д.Л. Пиковский, 1990; Tokyo Guideline 2013, 2018). На этапе набора клинического материала нами была применена общепризнанная в мировой литературе классификация O.W. Niemeier (1934), согласно которой имеется три формы перфоративного холецистита. Однако по мере проведения исследования и критического анализа доступной по этому вопросу информации было выявлено, что в медицинской литературе имеются принципиальные разночтения в этой классификации. В основном это было связано с публикацией в 1951 году работы A.G. Fletcher and I.S. Radvin, которые, сославшись на классификацию O.W. Niemeier (1934), поменяли местами указанные в первоисточнике варианты перфорации, что в последующем, в течении десятилетий, вызывало трудности при унификации информации о характере прободения желчного пузыря. Последующие работы (B.V. Anderson and A. Nazem, 1987), в которых авторы пытались модифицировать оригинальную классификацию, ещё больше затруднили оценку результатов лечения группы больных с перфорацией желчного пузыря, поскольку из-за применения различных вариантов классификации O.W. Niemeier исходы лечения обладали большой гетерогенностью и были крайне противоречивы. В частности, показатель летальности при прободении желчного пузыря, по данным различных авторов, варьирует в значительной степени от 12 % до 70 %.

В ходе критического анализа информации и первоисточников нам удалось восстановить преемственную историческую динамику и оценить вклад отдельных отечественных и иностранных ученых в развитие учения о перфоративном холецистите. Проведенное нами аналитическое медико-историческое исследование позволило четко установить тот факт, что работы по изучению особенностей патогенеза, систематизации информации о характере прободения желчного пузыря и типологии перфораторного холецистита в нашей стране и за рубежом протекали параллельно. Результаты исследований были опубликованы независимо друг от друга и практически одновременно С.П. Федоровым (1934) и O.W. Niemeier (1934). В нашей стране эта классификация была использована в работе В.К. Гостищева, В.И. Мисник (1985).

Поэтому в дальнейшем в диссертационном исследовании для унификации информации о перфорации желчного пузыря мы стали опираться строго на

первоисточники. Такой подход представляется абсолютно оправданным, поскольку оригинальная классификация зарекомендовала себя в течение длительного периода и продолжает широко использоваться в международной литературе и в настоящее время (R. Singal et al. 2012, V.C. Shakya et al. 2012, Бебуришвили А.Г. с соавт. 2018). Более того, классификация С.П. Федорова - О.В. Niemeier (1934) позволяет не только систематизировать больных по группам на основе патогенетических механизмов развития прободения желчного пузыря, но и имеет элементы так называемой «тактической классификации», позволяющей определять тактику лечения.

Таким образом, согласно оригинальной классификации С.П. Федорова - О.В. Niemeier (1934) необходимо выделять три типа перфоративного холецистита, а именно: I тип, хроническая перфорация, которая характеризуется прободением желчного пузыря с формированием внутренних фистул, II тип, подострая перфорация, с образованием перипузырного абсцесса, III тип, острая перфорация в свободную брюшную полость с развитием неотграниченного желчного перитонита. В диссертационном исследовании среди 292 пациентов перфорация I типа была верифицирована в 22 % наблюдений (n = 65), II тип имел место в 66 % случаев (n = 193), III тип - у 12 % пациентов (n = 34) (рисунок 3).

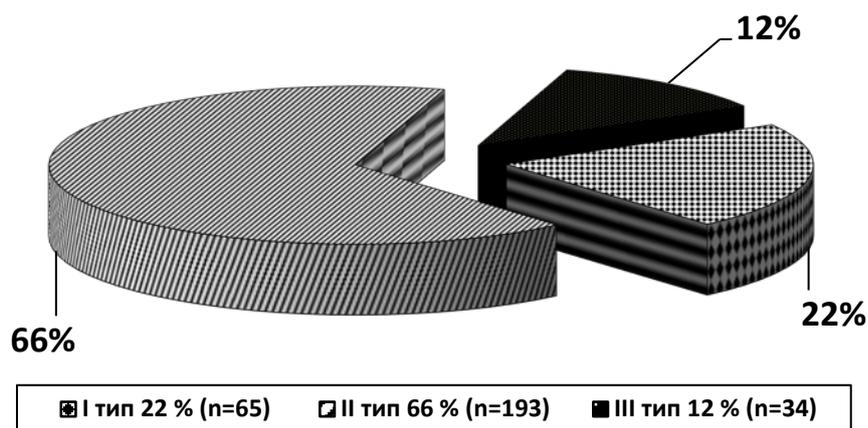


Рисунок 3 – Распределение пациентов в зависимости от типа перфоративного холецистита

Частота встречаемости различные типов перфорации желчного пузыря представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от вида перфорации

Характер перфорации (по Федорову С.П.- Niemeier O.W.)	Число больных	
	Абс.	%
I тип	n = 65	22,2 %
-в желудок	n = 7	2,4 %
-в двенадцатиперстную кишку	n = 32	11 %
-в толстую кишку	n = 8	2,7 %

- в желчные протоки	n = 17	5,8 %
- в тонкую кишку	n = 1	0,3 %
II тип	n = 193	66,1 %
-абсцесс ретропузырный	n = 14	4,8 %
-перивезикальный абсцесс	n = 171	58,6 %
-абсцесс печени	n = 6	2,1 %
- абсцесс передней брюшной стенки	n = 1	0,3 %
- абсцесс круглой связки печени	n = 1	0,3 %
III тип	n = 34	11,7 %
-распространенный перитонит	n = 25	8,6 %
-местный перитонит	n = 9	3,1 %
Всего	n = 292	100 %

Изучение особенностей клинической семиотики всех больных с прободением желчного пузыря показало, что при первом типе перфоративного холецистита клиническая картина заболевания характеризуется периодическим невыраженным болевым синдромом в правом подреберье и эпигастрии, диспептическими явлениями. У пациентов со вторым типом перфорации желчного пузыря основными клиническими симптомами являются локальные боли в правом подреберье и нарастающие симптомы интоксикации. Третий тип перфоративного холецистита имеет характерную клиническую картину острого воспаления желчного пузыря с появлением в динамике явлений распространенного перитонита.

Распространенный перитонит имел место в 74 % наблюдений (n=25 из 34), местный – у 26 % больных (n=9 из 34). Гнойный выпот интраоперационно был верифицирован у 35,3 % больных (n = 12 из 34), желчный – в 47,1 % (n = 16 из 34), гнойно-желчный – в 17,6 % наблюдений (n = 6 из 34).

Кроме того, анализ собственных наблюдений и литературных данных выявил, что у больных с прободением желчного пузыря встречаются варианты течения заболевания схожие по патогенезу с основными типами перфоративного холецистита, но по особенностям течения патологического процесса, характеру возникновения постперфоративных осложнений и, самое главное, по клинической картине несоответствующие вышеописанным проявлениям «типичных» вариантов перфораций. В рамках диссертационной работы впервые в медицинской литературе эти больные были объединены в отдельную группу и детально проанализированы. С целью расширения понятийной базы желчной хирургии все эти различные клинические варианты перфорации желчного пузыря мы обозначили как «атипичные». Было выявлено, что «атипичные» клинические формы перфоративного холецистита, такие как: множественные, сочетанные, прободение с развитием внутрибрюшного кровотечения, перфорация, осложненная явлениями острой желчнокаменной кишечной непроходимости, имели место у 10 % пациентов (n = 29 из 292) с прободным холециститом.

Множественные перфорации характеризовались формированием нескольких прободных отверстий, были зарегистрированы в 41,3 % случаев (n = 12 из 29), сопровождались внезапным резким болевым синдромом в брюшной полости и симулировали клиническую картину прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагноз множественной перфорации желчного пузыря у этих больных был установлен только интраоперационно. При сочетанных формах перфорации имело место одновременное развитие двух типов перфоративного холецистита (с развитием перипузырного абсцесса и внутренних фистул). Этот вариант верифицирован в 34,5 % наблюдений (n = 10 из 29). В 0,7 % наблюдений (n = 2 из 292) у пациентов с первым типом перфорации течение заболевания осложнилось развитием острой желчнокаменной непроходимости на уровне пилорoduоденальной зоны, в 1,4 % случаев (n = 4 из 292) - на уровне тонкой кишки. В 0,4 % наблюдений (n = 1 из 292) прободение желчного пузыря в зоне расположения сосудов его стенки сопровождалось не только желчеистечением, но и клинической картиной внутрибрюшного кровотечения в свободную брюшную полость.

Изучение макропрепаратов желчного пузыря у 292 больных, прооперированных в рамках диссертационного исследования, позволило установить, что при первом типе перфоративное отверстие в большинстве наблюдений было локализовано в проекции шейки желчного пузыря (60 %, n = 39 из 65), при втором - в проекции тела 37,8 % (n = 73 из 193), при третьем типе - в проекции дна 61,8 % (n = 21 из 34), что было связано с анатомическими особенностями строения желчного пузыря и особенностями патогенеза перфоративного холецистита.

Гистологическое исследование удалённых желчных пузырей показало, что его перфорация возможна при любых вариантах патологических изменений стенок. Признаки острого деструктивного холецистита (флегмонозные и гангренозные изменения) имели место в 85 % наблюдений (n = 248 из 292). Изменения характерные для так называемого подострого холецистита, определяемые как деструктивный процесс в стадии затихания острого приступа при локализации процесса и преимущественно инфильтративными изменениями (А.М. Джавадян 1957; В.Н. Чернов, И.В. Суздальцев 2002; А.В. Быков, А.Ю. Орешкин 2011), был выявлен у 15 % больных (n = 44 из 292).

Таким образом, разнообразие клинической картины заболевания, наличие «атипичных» вариантов течения перфоративного холецистита и отсутствие клинико-морфологических параллелей делает диагностику прободения желчного пузыря на дооперационном этапе крайне затруднительной. В ряде случаев можно только предполагать наличие прободения желчного пузыря. Следовательно, дифференцированный подход необходимо использовать в лечении каждого случая холецистита, ввиду того что исходом любого патологического процесса желчного пузыря может быть его перфорация.

В лечении перфоративного холецистита невозможно выделить единый стандартный подход, объем вмешательства определяли в каждом случае индивидуально. По срокам выполнения оперативные вмешательства были разделены на экстренные, срочные, отсроченные, согласно терминологии Б.А.

Королёва и Д.Л. Пиковского (1990). Экстренная операция выполняется сразу после поступления больного в стационар, не предусматривая предоперационной подготовки. Срочное оперативное вмешательство производится в течение 24 - 72 часов с момента госпитализации пациента. Отсроченная операция может быть отложена на более поздний срок и быть выполнена более чем через 72 часа с момента поступления больного. Анализ полученных данных показал, что экстренное оперативное вмешательство было выполнено в 36,3 % (n = 106 из 292) наблюдений, срочное - в 31,2 % (n = 91 из 292) случаев, 32,5 % (n = 95 из 292) больных была произведена отсроченная операция.

При оценке характера оперативного вмешательства было выявлено, что, несмотря на широкое использование миниинвазивных технологий в лечении пациентов с ЖКБ и острым холециститом, при перфоративном холецистите лапаротомные операции были выполнены в 72 % наблюдений (n=211 из 292), а миниинвазивные – только в 28 % (n=81 из 292). Этот показатель значительно отличается от степени внедрения миниинвазивных технологий в желчной хирургии (по материалам клиники факультетской хирургии ВолгГМУ доля миниинвазивных операций в общей когорте больных с острым холециститом достигает 95 %).

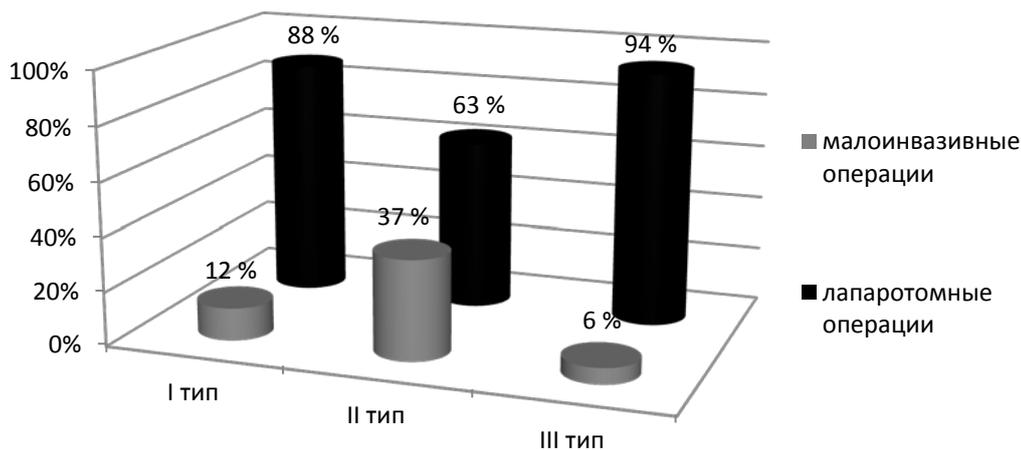


Рисунок 4 - Оперативные вмешательства при различных типах перфоративного холецистита

При первом типе перфоративного холецистита миниинвазивные вмешательства выполнены в 12,3 % наблюдений (n = 8 из 65) и заключались в лапароскопическом разделении свищей, холецистэктомии с последующим ушиванием дефектов внутренних органов из минидоступа. Лапаротомные вмешательства произведены в 87,7 % наблюдений (n = 57 из 65) и заключались в выполнении традиционной холецистэктомии, разделении внутренних свищей, ушивании стенки другого органа, при необходимости дополнительном дренировании желчных путей. В 4,6 % (n = 3 из 65) наблюдений при холецистохоледохолеальных фистулах было выполнено наложение

билиодигестивного анастомоза, при холецистодуоденальных свищах в 4,6 % (n = 3 из 57) - ваготомия с пилоропластикой. При втором типе лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 36,8 % (n = 71 из 193) наблюдений, в 63,2 % (n = 122 из 193) случаев произведена традиционная холецистэктомия, в том числе в 22,8 % (n = 44 из 193) наблюдений с дополнительным дренированием желчных протоков. При третьем типе перфорации желчного пузыря миниинвазивные технологии были применены в 5,9 % наблюдений (n = 2 из 34) и заключались в выполнении лапароскопической холецистэктомии с санацией и дренированием брюшной полости, традиционные операции - в 94,1 % (n = 32 из 34), при этом была выполнена холецистэктомия, в том числе с дополнительным вмешательством на желчных протоках в 55,9 % случаев (n = 19 из 32) (рисунок 4).

Изучение общего массива оперативных вмешательств применительно к различным вариантам перфорации желчного пузыря показало, что для лечения пациентов с первым типом перфоративного холецистита невозможно сделать строгих однозначных рекомендаций для предпочтительного использования того или иного метода. В каждом конкретном случае выбор варианта оперативного вмешательства определяется локализацией свища, его видом, величиной дефекта, степенью воспалительно-деструктивных изменений, наличием осложнений, тяжестью состояния пациента. Применение миниинвазивных технологий ограничено (12,3 %, n = 8 из 65) ввиду наличия спаечного процесса, топографо-анатомических перестроек перипузырной области, технических трудностей при идентификации трубчатых структур и разделении внутренних желчных свищей. При фистулах, осложненных развитием острой желчнокаменной кишечной непроходимости, с целью снижения травматичности операции ограничивались выполнением гастро- или энтеротомии, извлечения конкремента из просвета желудочно-кишечного тракта. Необходимо отметить, что в 6,2 % (n = 6 из 65) при свищевых формах перфоративного холецистита и при дислокации конкремента в просвет желудочно-кишечного тракта были использованы хирургические политехнологии (лапароскопия и минилапаротомия).

Миниинвазивные методики оперирования при втором типе перфоративного холецистита получили более широкое применение, однако были использованы только у трети пациентов (36,8 %, n = 71 из 193). При третьем типе прободения желчного пузыря также наиболее часто был применен лапаротомный вариант операции, что обусловлено топографо-анатомическими перестройками в перипузырной зоне вследствие инфильтративно-воспалительных изменений, а также организационными трудностями выполнения экстренных миниинвазивных вмешательств в ночное время и во время дежурного цикла.

При выборе варианта операции следует использовать дифференцированный подход. Оперативное вмешательство при перфоративном холецистите отличается склонностью к индивидуальному объему и технике выполнения, что обусловлено нарушением топографической анатомии подпеченочного пространства, воспалительно-деструктивными изменениями стенок органов, выраженном перипроцессе, необходимостью выполнения у ряда больных сочетанных операций на желчном пузыре и желудочно-кишечном тракте.

При анализе результатов лечения пациентов с перфоративным холециститом, нами была сделана простая случайная выборка из 8429 историй болезни больных с желчнокаменной болезнью, различными формами острого холецистита и перфорацией желчного пузыря, проходивших лечение на одной из клинических баз кафедры факультетской хирургии ВолгГМУ за двадцатилетний период, и проведена сравнительная оценка количества и характера послеоперационных осложнений, уровня летальности.

При оценке интраоперационных осложнений мы регистрировали все ситуации, которые могли привести к ухудшению состояния больного или его смерти. Характер интраоперационных осложнений существенно не отличался при различных формах воспаления желчного пузыря, среди них отмечены: непрогнозируемая гипотония, кровотечения из брюшной стенки, ложа желчного пузыря, пузырной артерии, травмы двенадцатиперстной и толстой кишки, повреждение холедоха. Проведенный анализ показал, что интраоперационные осложнения при различных формах воспаления желчного пузыря отмечены в 7,4 % (n = 70 из 946) случаев. Из них непрогнозируемая гипотония имело место в 0,7 % (n = 6 из 946) наблюдений, клинически значимое кровотечение из передней брюшной стенки, пузырной артерии и ложа желчного пузыря отмечено в 0,7 % (n = 6 из 946), 2,4 % (n = 23 из 946) и 3 % (n = 29 из 946) наблюдений соответственно. Повреждения внепеченочных желчных протоков отмечены у 0,2 % (n = 2 из 946) больных (рисунок 5).

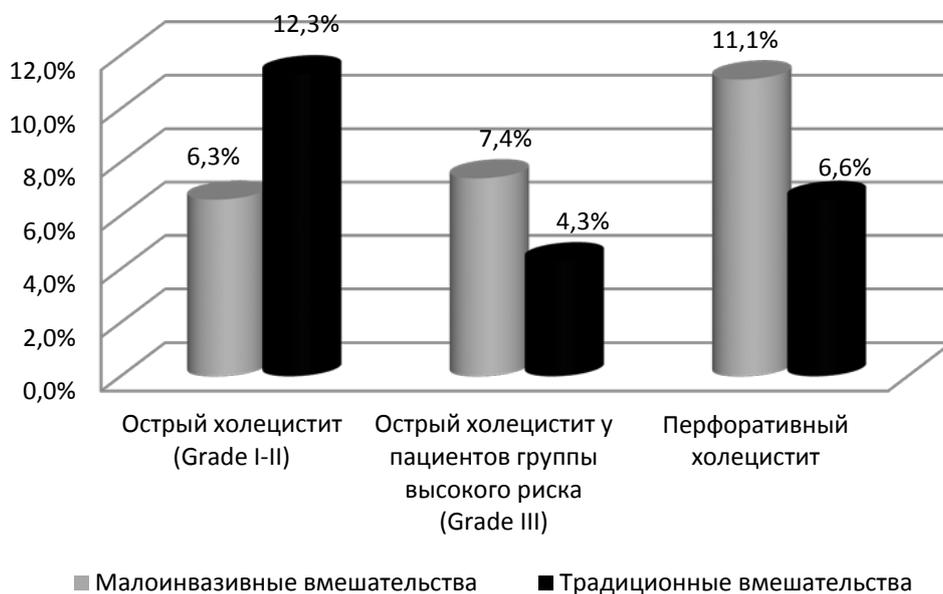


Рисунок 5 – Интраоперационные осложнения у пациентов с различными формами холецистита

Необходимо отметить, что сравнительный статистический анализ не выявил существенных различий в плане частоты встречаемости и характера интраоперационных осложнения при перфоративном холецистите в сравнении с другими формами воспаления желчного пузыря. Травма гепатикохоледоха при перфорации желчного пузыря (его пристеночное ранение тип D по Strasberg

(1995)) зарегистрирована при выполнении лапароскопической холецистэктомии в 1,2 % наблюдений (n = 1 из 81).

Изучение послеоперационных осложнений показало, что частота их встречаемости зависит от характера патологии желчного пузыря и используемой техники оперирования. У пациентов с хроническим холециститом, при использовании миниинвазивных методик, осложнения в послеоперационном периоде отмечены в 2,6 % (n = 147 из 5619) наблюдений, лапаротомных - в 6,7 % (n = 136 из 2018) (F-критерий 7,707, p < 0,05). При различных формах острого холецистита, в том числе и у больных группы риска, после миниинвазивных вмешательств осложнения имели место в 8,2 % случаев (n = 39 из 478), после лапаротомных в 35,2 % (n = 62 из 176) (F-критерий 7,814, p < 0,05). Более высокий процент осложнений при перфоративном холецистите (29,6 % (n = 24 из 81) и 50,2 % (n = 106 из 211) соответственно) обусловлен характером патологических изменений желчного пузыря и развитием периорганых осложнений (F-критерий - 3,244, p < 0,05) (рисунок 6).

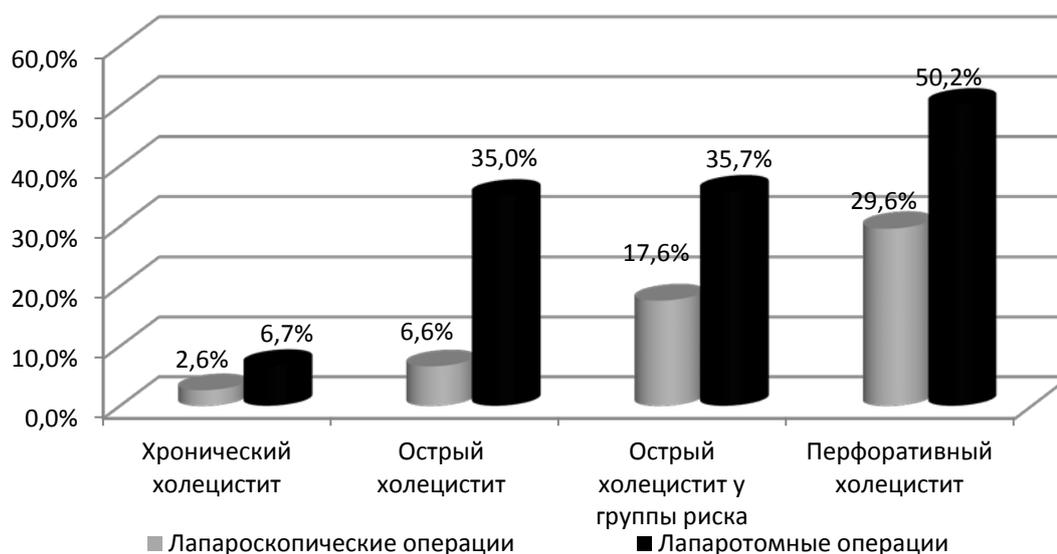


Рисунок 6 – Послеоперационные осложнения у пациентов с различными формами холецистита

Для оценки характера послеоперационных осложнений миниинвазивных вмешательств у больных с ЖКБ и острым холециститом мы использовали классификацию Clavien-Dindo (2004), согласно которой все осложнения имеют пять степеней тяжести. Анализ полученных данных показал, что структура послеоперационных осложнений после миниинвазивных и лапаротомных вмешательств примерно схожа и представлена главным образом общехирургическими (пневмония (степень II-IIIa по Clavien-Dindo), ТЭЛА (степень II, IV, V по Clavien-Dindo), декомпенсация сердечно-сосудистой недостаточности (степень IVa по Clavien-Dindo)) и гнойно-воспалительными осложнениями (инфильтрат и абсцесс брюшной полости (степень II-III по Clavien-Dindo)). В группе пациентов, которым были выполнены традиционные

операции, отмечена большая частота встречаемости раневых (степень I-III по Clavien-Dindo), гиповентиляционных (степень II-IIIa по Clavien-Dindo) и тромбоэмболических осложнений (степень II, IV, V по Clavien-Dindo). Частота встречаемости интраабдоминальных осложнений напрямую зависит от формы воспаления желчного пузыря. Наиболее часто внутрибрюшные осложнения отмечены в группе пациентов с перфоративным холециститом - 12,3 % (n = 36 из 292) (F-критерий - 2,8, p < 0,05).

Среди пациентов с ЖКБ и хроническим холециститом уровень общей летальности составил 0,6 % (n = 45 из 7637), при остром холецистите Grade I - III летальный исход был зарегистрирован в 3,7 % наблюдений (n = 24 из 654), при перфоративном холецистите - в 16 % случаев (n = 47 из 292). Уровень летальности при перфоративном холецистите, полученный в нашем исследовании, сопоставим с результатами, описанными другими авторами (12 - 42 %). Как следует из полученных данных, данный показатель при прободении желчного пузыря выше, что напрямую зависит от характера воспаления желчного пузыря, развития осложнений, обуславливающих тяжелое состояние пациентов (рисунок 7).

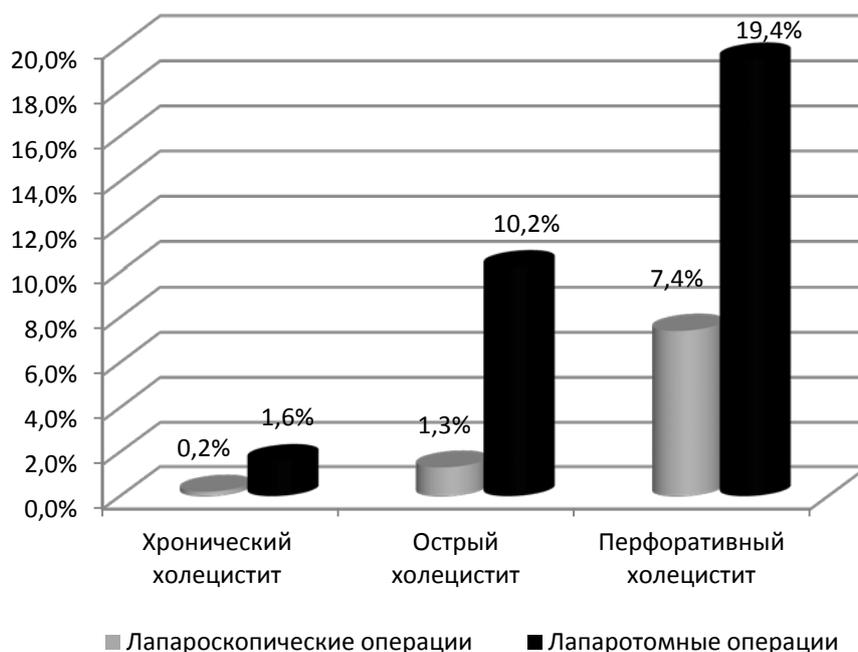


Рисунок 7 – Летальность при ЖКБ и различных формах холецистита

Проведенный сравнительный анализ уровня общей летальности при различных типах перфоративного холецистита показал более высокие показатели при третьем типе (41,2 % (n = 14 из 34)), в сравнении с первым и вторым типом (23 % (n = 15 из 65) и 9,3 % (n = 18 из 193) соответственно), ввиду того что большая часть больных этой группы была госпитализирована спустя 72 часа с момента начала приступа с явлениями распространенного перитонита, инфекционно-токсического шока, полиорганной недостаточности.

В 46,8% наблюдений (n = 22 из 47) непосредственной причиной летального исхода явился основной патологический процесс, приведший к развитию гнойной интоксикации, печеночно-почечной недостаточности, панкреонекроза. В 53,1 % случаев (n = 25 из 47) летальный исход наступил вследствие развития синдрома взаимного отягощения (острая сердечно-сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда, пневмония, острое нарушение мозгового кровообращения).

Таким образом, несмотря на постоянное улучшение диагностики, тактики лечения и техники хирургических вмешательств, частота встречаемости осложнений и уровень летальности в группе пациентов с перфоративным холециститом выше. Факторами, непосредственно влияющими на частоту встречаемости и характер осложнений, являются исходная тяжесть состояния пациента и имеющиеся у него сопутствующие заболевания, позднее выполнение операции, характер патологических изменений желчного пузыря и в подпеченочном пространстве, объем оперативного вмешательства. Своевременная диагностика перфорации желчного пузыря и выполнение экстренного оперативного вмешательства с адекватной терапией сопутствующих заболеваний позволяют снизить количество интра- и послеоперационных осложнений, а также уровня послеоперационной летальности.

С целью оценки эффективности миниинвазивных технологий при перфоративном холецистите нами были проведён хронологический анализ, что соответствует дизайну исторического когортного исследования. Были выделены два временных периода. Критерием раздела послужили принципиальные особенности, связанные с внедрением миниинвазивных технологий в неотложную абдоминальную хирургию. В период с 1993 по 2000 год миниинвазивные вмешательства были выполнены в 9 % (n = 7 из 81) наблюдений, с 2001 по 2013 год – в 35 % (n = 74 из 211) случаев. Абсолютный прирост доли миниинвазивных вмешательств составил 26,5 %, за счет большего использования миниинвазивных операций при втором типе перфоративного холецистита (37 %).

Частота конверсии составила 8,5 % (n=7 из 292). Основные причины перехода на лапаротомию были следующие: интраоперационное кровотечение 2,4 % (n = 2 из 81), невозможность лапароскопического разделения билиодигестивного свища 2,4 % (n = 2 из 81), выраженные инфильтративные изменения, затрудняющие верификацию элементов гепатодуоденальной связки 2,4 % (n = 2 из 81), в 1,3 % (n = 1 из 81) наблюдений решение о конверсии было принято по результатам диагностической лапароскопии.

Мы провели сравнительный анализ количества осложнений и уровня общей летальности в анализируемые временные периоды во взаимосвязи со степенью внедрения миниинвазивных технологий.

В первый период (1993-2000 гг.) был прооперирован 81 пациент (в основном лапаротомным доступом). В период 2001 – 2013 гг. были прооперированы 211 больных (как лапаротомно, так и с помощью миниинвазивных технологий). В период с 1993 по 2000 год количество осложнений при перфоративном холецистите составило 50,6 % (n = 41 из 81), с 2001 по 2013г. их количество уменьшилось до 42,2 % (n = 89 из 211) (F критерий - 1,3, p > 0,05). В 1993 - 2000 годы общая летальность при прободном холецистите

составила 22 % (n = 18 из 81), в период 2001 - 2013 гг. этот показатель снизился до 14 % (n = 29 из 211).

Проведя хронологический анализ, сопоставив динамику внедрения миниинвазивных технологий с числом осложнений и летальных исходов, мы выявили тот факт, что малотравматичные методики оперирования способны оказывать влияние на уровень летальности и количество осложнений при перфоративном холецистите, а также что по мере адаптации миниинвазивных технологий для лечения перфоративного холецистита цифры общей летальности и число послеоперационных осложнений снизились (рисунок 8).

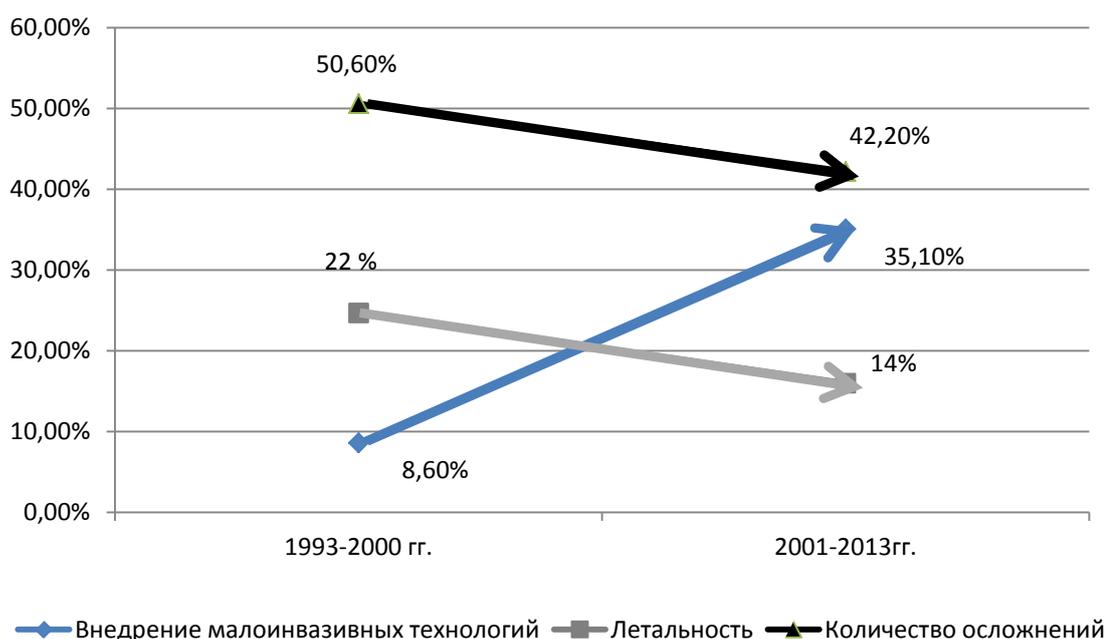


Рисунок 8 – Корреляция между степенью внедрения миниинвазивных технологий, уровнем общей летальности, количеством осложнений

В целом проведенное исследование позволяет обосновать основные тактические и хирургические аспекты улучшения результатов лечения пациентов с перфоративным холециститом (рисунок 9, рисунок 10).



Рисунок 9 – Тактические аспекты улучшения результатов диагностики и лечения перфоративного холецистита

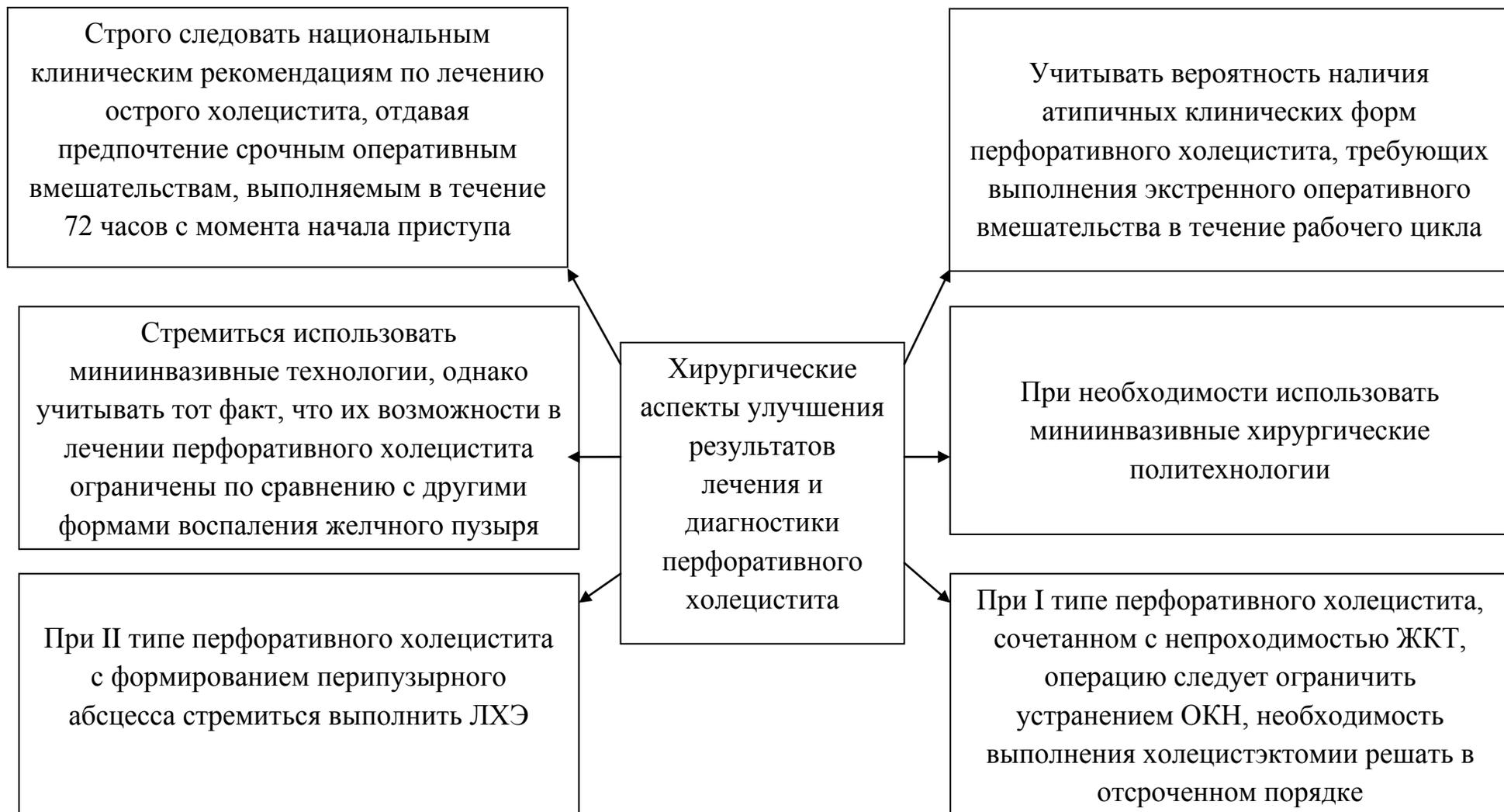


Рисунок 10 – Тактические аспекты улучшения результатов диагностики и лечения перфоративного холецистита

Выводы

1. Перфоративный холецистит имеет место у 2,8 % больных (n = 292 из 10215) с воспалением желчного пузыря. При этом хроническая перфорация, с формированием внутренних фистул (I тип, по классификации Федорова С.П. – Niemeier O.W. (1934)) встречается в 22 % (n = 65) случаев, подострая, с исходом в перипузырный абсцесс (II тип) – в 66 % (n = 193) и острая перфорация, с развитием распространенного перитонита (III тип) – в 12 % (n = 34) наблюдений.

2. В когорте больных с перфоративным холециститом количество послеоперационных осложнений составляет 44,5 %, общая летальность – 16 %, что значительно выше аналогичных показателей при остром холецистите (общее количество осложнений – 15,4 %, летальность – 3,7 %).

3. Основная причина гетерогенности результатов лечения больных с перфоративным холециститом заключается в отсутствии четкой унификации информации о характере перфорации желчного пузыря.

4. «Атипичные» клинические формы перфорации желчного пузыря встречаются у 10,2 % (n = 29 из 292) пациентов и существенно ограничивают выбор тактики лечения за счет необходимости выполнения лапаротомных и экстренных операций.

5. Увеличение доли выполняемых миниинвазивных вмешательств при перфоративном холецистите с 8,6 % до 35,1 % позволяет снизить общее количество послеоперационных осложнений с 50,6 % до 42,2 % (F – 1,3, p > 0,05) и летальность с 22 % до 14 % (F – 1,7, p < 0,05).

6. Основные направления улучшения результатов лечения группы больных с перфоративным холециститом заключаются в дифференцированном подходе к выбору хирургического вмешательства в зависимости от варианта перфорации желчного пузыря, а также усовершенствовании методологии и технических приемов выполнения миниинвазивных вмешательств.

Практические рекомендации

1. Учитывая сравнительно высокие цифры общей летальности, частоты встречаемости интра- и послеоперационных осложнений, пациенты с перфоративным холециститом и результаты их лечения должны рассматриваться в качестве отдельной группы среди больных с воспалением желчного пузыря.

2. При оценке результатов лечения пациентов с перфоративным холециститом и проведении вторичных научных исследований необходимо строго следовать оригинальной классификации С.П. Федорова - O.W. Niemeier (1934) и выделять три типа прободения желчного пузыря, а именно: I тип - хроническая перфорация с формированием внутреннего желчного свища, II тип - подострая перфорация с образованием подпеченочного абсцесса, III тип - острая перфорация с развитием неотграниченного желчного перитонита.

3. При выборе тактики лечения перфоративного холецистита необходимо учитывать тот факт, что объем и способ оперативного вмешательства зависят от типа перфорации желчного пузыря.

4. При III типе перфорации и развитии распространенного перитонита, «атипичных» клинических формах прободения желчного пузыря основным

оперативным вмешательством остается экстренная лапаротомная холецистэктомия.

5. У пациентов с I типом перфоративного холецистита, сочетанной с непроходимостью ЖКТ, оперативное вмешательство необходимо ограничить устранением явлений кишечной непроходимости (в том числе с использованием миниинвазивных технологий) с решением вопроса о необходимости выполнения холецистэктомии в отсроченном порядке.

6. У пациентов со II типом прорыва желчного пузыря и формированием перипузырного абсцесса предпочтительным методом лечения является лапароскопическая холецистэктомия.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. *Савицкая, А.В.* Тактика лечения внутренних желчных свищей / А.В. Савицкая // XIX региональная конференция молодых исследователей Волгоградской области. Тезисы докладов / под ред. В.И. Петрова. – Волгоград, 2014. – С.174-176.
2. **Малоинвазивные технологии в лечении перфоративного холецистита / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Е.Н. Зюбина, И.Г. Натрошвили, А.В. Лозовой, С.С. Нестеров, А.В. Савицкая // Эндоскопическая хирургия. – 2015. - №1. - С. 3-6.**
3. Оценка возможностей малоинвазивных технологий в лечении перфоративного холецистита / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Е.Н. Зюбина, А.В. Лозовой, С.С. Нестеров, А.В. Савицкая // Альманах института хирургии имени Вишневского. – Москва, 2015. – С. 45-46.
4. *Савицкая, А.В.* Efficiency of minimally invasive technologies in treatment of patients with perforated cholecystitis / А.В. Савицкая // Материалы 73-й открытой научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины», посвященной 80-летию ВолгГМУ / под ред. В.И. Петрова. – Волгоград, 2015. – С.696-697.
5. **Синдром Бувере. Клиническое наблюдение эндоскопически ассистированной мини-лапаротомной операции / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, А.В. Савицкая // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2016. - №1. - С.62-65.**
6. **Метрологические аспекты в системах семиотики и диагностики острой хирургической патологии органов брюшной полости: системный подход к семиотике и диагностике в неотложной абдоминальной хирургии / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Ю.П. Муха, С.А. Безбородов, А.В. Савицкая // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2016. - №2. - С.58-63.**
7. *Савицкая, А.В.* Сравнительная оценка результатов применения малоинвазивных вмешательств у больных с различными формами воспаления желчного пузыря / А.В. Савицкая // Материалы 74-й открытой научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» / под ред. В.И. Петрова. – Волгоград, 2016. – С.127-128.

8. Атипичные формы перфоративного холецистита и возможности видеоэндохирургии в их лечении / А. Г. Бебуришвили, С. И. Панин, А. В. Савицкая [и др.] // Актуальные вопросы хирургии. – Пятигорск, 2016. – С.255-256.
9. Оценка возможностей неотложных малоинвазивных вмешательств при перфоративном холецистите / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, Е.Н. Зюбина, А.В. Савицкая // Медицинский вестник Юга России. Приложение №2. - Ростов-на-Дону, 2017. – С.331
- 10. Натрошвили, И.Г. Гетерогенность больных острым холециститом / И. Г. Натрошвили, М. И. Прудков, А. В. Савицкая // Вестник ВолгГМУ. - 2017. - №3 (63). - С. 125-129.**

ПУЗИКОВА Алла Владимировна
**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**
Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук