

Видеолапароскопия в лечении острого калькулезного холецистита, осложненного перитонитом

В.А.Ступин¹, С.В.Михайлузов¹, Р.Р.Мударисов¹, Е.В.Моисеев²,
М.А.Хоконов², Е.Г.Александрова², М.В.Шевченко², А.Е.Соломахин¹

¹Российский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии №1 лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. В.А.Ступин);

²Городская клиническая больница №15 им. О.М.Филатова, Москва
(главный врач – к.м.н. Э.И.Николаева)

В статье приводятся материалы исследования, посвященного определению возможностей видеолапароскопических и традиционных методов лечения острого калькулезного холецистита, осложненного различными формами перитонита. На основании большого клинического опыта с использованием ультразвукового метода, диагностической и оперативной видеолапароскопии анализируются результаты применения различных способов дифференцированного лечения острого воспаления желчного пузыря, сопровождающегося перитонитом, в условиях стационара, работающего в режиме круглосуточной ургентной хирургической помощи.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, перитонит, хирургическое лечение

Laparoscopic treatment of acute cholecystitis complicated by peritonitis

V.A.Stupin¹, S.V.Mikhaylusov¹, R.R.Mudarisov¹, E.V.Moiseyenko²,
M.A.Khokonov², E.G.Aleksandrova², M.V.Shevchenko², A.E.Solomakhin¹

¹Russian State Medical University, Department of Hospital Surgery No 1 of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department – Prof. V.A.Stupin);

²O.M.Filatov Municipal Clinical Hospital No 15, Moscow
(Chief Doctor – PhD E.I.Nikolayeva)

This article deals with the laparoscopic and conventional options in the treatment of acute cholecystitis complicated by different forms of peritonitis. On the base of the large amount of clinical studies, with the use of US and laparoscopic methods for investigation as well as for the operative treatment of AC we analyzed the results of different operative approaches in AC with peritonitis in urgent clinic.

Key words: acute calculous cholecystitis, peritonitis, surgical treatment

Абсолютным показанием к экстренной операции при остром калькулезном холецистите (ОКХ) считается наличие перитонита (ПТ). Предметом дискуссии остаются вопросы объема вмешательства, ведения больных после первичной санации брюшной полости и т.д. [1].

Из 11893 больных с ОКХ, пролеченных в нашей клинике с 1982 г., у 214 (1,8%) был диагностирован ПТ. Во всех случаях он возник вследствие деструктивных форм ОКХ. В 182 наблюдениях из 214 (85%) ПТ выявлен в момент гос-

питализации больного, а у 32 (15%) – в процессе лечения в других отделениях клиники. Во всех наблюдениях диагноз подтверждался инструментальными методами. В 165 случаях (77,1%) с помощью ультразвукового исследования у больных ОКХ дополнительно выявлена жидкость в брюшной полости. У 49 больных (22,9%) выполнена диагностическая видеолапароскопия, позволившая подтвердить осложненное течение ОКХ. Дифференцированная лечебная тактика ведения больных ПТ различной распространенности основывалась на клинической классификации, принятой на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ [2].

Целью настоящей работы явилась оценка возможностей видеолапароскопии в лечении ПТ, осложняющего течение ОКХ. Мы изучили различные подходы к ведению пациентов с учетом распространенности ПТ и характера экссудата (желчный или фибринозно-гнойный).

Для корреспонденции:

Михайлузов Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры госпитальной хирургии №1
Российского государственного медицинского университета

Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГКБ №15 им. О.М.Филатова,
хирургический корпус
Телефон: (495) 375-2391
E-mail: Michailusov@hospital15.com

Статья поступила 21.12.2007 г., принята к печати 19.11.2008 г.

В 162 случаях из 214 (75,7%) ПТ был местным неотграниченным, в 52 (24,3%) – распространенным (диффузным или разлитым) ($p = 0,000$). Разлитой ПТ встретился у 22 пациентов (10,3%). При местном ПТ (МПТ) воспаление брюшины ограничивалось подпеченочным пространством, при диффузном (ДПТ) – подпеченочным пространством и правым боковым каналом. При разлитом перитоните (РПТ) в процесс были вовлечены все отделы брюшной полости [3].

Среди больных ОКХ, осложненным ПТ, большинство составили женщины – 191 (89,3%). Соотношение мужчин и женщин – 1 : 9 ($p = 0,000$). Все больные с ПТ были старше 45 лет. Из них лишь 56 человек (26,2%) были среднего возраста (от 45 до 65 лет): мужчин – 4 (7,1%), женщин – 52 (92,9%). Течение ОКХ осложнилось ПТ преимущественно у больных пожилого и старческого возраста – у 158 из 214 (73,8%): мужчин – 19 (12%), женщин – 139 (88%). Причем у лиц от 65 до 75 лет и старше 75 лет ПТ встречался с одинаковой частотой (соответственно 55,1 и 44,9%) ($p = 0,091$) [4].

В лечении ОКХ, осложненного ПТ, у 152 больных (71%) произведена холецистэктомия. В 62 случаях из 214 (29%) в качестве 1-го этапа хирургического лечения выполнено дренирование желчного пузыря: в 47 – макрохолецистостомия (22%), в 15 – микрохолецистостомия (7%). Условиями выполнения дренирования желчного пузыря при ПТ считали отсутствие гангренозных изменений стенки или перфорации желчного пузыря [5].

Для оценки значимости видеолапароскопии в лечении больных ОКХ, осложненным ПТ, принимали во внимание возможность и перспективы использования методики в повседневной работе. Для этого анализировали эффективность хирургической санации как первичного очага, так и брюшной полости [6].

В группе больных ОКХ, осложненным МПТ (162 больных), преобладали пациенты старше 65 лет – 134 из 162 (82,7%). Больных моложе 65 лет было 28 (17,3%) ($p = 0,000$). В 110 случаях санация брюшной полости выполнена традиционным открытым способом, при этом у 84 больных произведена лапаротомия и холецистэктомия, а в 26 наблюдениях – макрохолецистостомия. У 52 пациентов санация выполнена при видеолапароскопии и дополнена лапароскопической холецистэктомией (37 случаев) или микрохолецистостомией (15 случаев). В данной группе чаще пришлось использовать открытую санацию брюшной полости – 110 наблюдений из 162 (67,9%), чем видеолапароскопическую – 52 (32,1%) ($p = 0,000$). У больных до 65 лет к лапаротомии и санации брюшной полости прибегли в 17 случаях из 28 (60,7%), к видеолапароскопической санации – в 11 (39,3%) ($p = 0,181$). У пациентов пожилого и старческого возраста указанное соотношение было в пользу открытой санации брюшной полости (93 случая из 134 (69,4%)). Среди пациентов с ОКХ и МПТ в различных возрастных группах мы не выявили статистических различий как при использовании лапаротомии с санацией брюшной полости, так и видеолапароскопии. Так, у больных до 65 лет и старше открытая санация брюшной полости осуществлена, соответственно, в 17 случаях из 28 (60,7%) и в 93 из 134 (69,4%), видеолапароскопическая санация – в 11 из 28 (39,3%) и в 41 из 134 (30,6%) ($p = 0,501$). При различных вариантах хирургического лечения статистических различий частоты встречаемости пациентов в возрасте

до 65 лет и старше не выявлено. Лапаротомия, дополненная макрохолецистостомией, произведена, соответственно, в 6 и 20 случаях ($p = 0,569$), лапаротомия с холецистэктомией – в 11 и 73 ($p = 0,209$), видеолапароскопическая санация с микрохолецистостомией – в 2 и 13 ($p = 0,947$), видеолапароскопия с лапароскопической холецистэктомией – в 9 и 28 ($p = 0,297$).

С нашей точки зрения, значимость видеолапароскопии в лечении больных ОКХ, осложненным МПТ, зависит от длительности заболевания. Анализ клинического материала позволил отметить отсутствие статистических различий в группах больных по давности заболевания с использованием лапаротомии с санацией брюшной полости (1-я группа) и видеолапароскопической санации (2-я группа). В первые сутки от момента заболевания госпитализированы всего 16 человек (9,9%) (в 1-й группе 10 (9,1%), во 2-й – 6 (11,5%)) ($p = 0,837$), на 2–3-и сутки – 83 (51,2%) (соответственно по группам – 61 (55,5%) и 22 (42,3%)) ($p = 0,163$), позднее 3-х суток – 63 (38,9%): 39 (35,5%) и 24 (46,2%) ($p = 0,258$). В 1-е сутки от начала заболевания холецистэктомия при ОКХ, осложненном МПТ, выполнена у 11 человек (9,1%) (в 1-й группе – 6 (7,1%), во 2-й группе – 5 (13,5%)) ($p = 0,435$), на 2–3-и сутки – 71 (58,7%) (соответственно в группах – 54 (64,3%) и 17 (45,9%)) ($p = 0,092$), позднее 3-х суток – 39 (32,2%): 24 (28,6%) и 15 (40,5%) ($p = 0,277$). Среди пациентов, у которых одним из этапов лечения ОКХ, осложненного МПТ, было дренирование желчного пузыря, преобладали больные, госпитализированные позднее 3-х суток: 24 человека (58,5%) (в 1-й группе – 15 (57,9%), во 2-й – 9 (60%)) ($p = 0,854$)). В 1-е сутки заболевания оперированы всего 5 пациентов (12,2%): 4 в 1-й группе (15,4%) и 1 – во 2-й (15,4%) ($p = 0,744$), на 2–3-и сутки – 12 (29,3%): 7 (26,9%) и 5 (33,3%) ($p = 0,938$).

Как видно из приведенных данных, группы пациентов, в лечении которых использованы традиционные методы и видеолапароскопия, были сопоставимы. Это позволило нам сравнивать полученные результаты лечения. Прежде всего мы оценивали частоту встречаемости местных осложнений (со стороны брюшной полости и раны брюшной стенки). Они встретились в 25 случаях из 162 (15,4%) (после лапаротомии с санацией брюшной полости – в 20 наблюдениях из 110 (18,2%), после видеолапароскопической санации – в 5 из 52 (9,6%)) ($p = 0,240$)).

Отдельно мы оценили особенности послеоперационного периода у больных ОКХ, осложненным МПТ. Выделены 4 подгруппы больных по объему хирургического лечения. В подгруппу «А» включены пациенты, которым выполнена лапаротомия, холецистэктомия и санация брюшной полости ($n = 84$). В подгруппу «Б» вошли больные, которым выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия с санацией брюшной полости ($n = 37$). Пациентам подгруппы «В» осуществлена лапаротомия, макрохолецистостомия и санация брюшной полости ($n = 26$). Подгруппу «Г» составили больные, в лечении которых применяли микрохолецистостомию с видеолапароскопической санацией брюшной полости ($n = 15$). Сравнивая результаты лечения пациентов в подгруппах «А» и «Б», мы выявили, что осложнения в послеоперационном периоде со стороны брюшной полости и раны брюшной стенки встречались в 22 наблюдениях из 121 (18,2%) (в подгруппе «А» – в 17 случаях из 84 (20,2%), в подгруппе «Б» – в 5 из 37 (13,5%)) ($p = 0,530$)). При этом были диагностирова-

ны: подпеченочная гематома – 8 (6,6%), подпеченочный абсцесс – 3 (2,5%), межкишечный абсцесс – 4 (3,3%), нагноение послеоперационной раны – 5 (4,1%), эвентрация – 1 (0,8%) и флегмона передней брюшной стенки – 1 (0,8%). В подгруппах «А» и «Б» подпеченочная гематома выявлена у 6 больных (7,1%) и у 2 (5,4%) соответственно ($p = 0,966$), подпеченочный абсцесс – у 2 (2,4%) и у 1 (2,7%) ($p = 0,596$), межкишечный абсцесс – у 3 (3,6%) и у 1 (2,7%) ($p = 0,760$). При этом после видеолапароскопии ни в одном наблюдении не отмечено нагноения ран и эвентрации. В подгруппе «А» подобные осложнения встречались в 5 случаях (6%) ($p = 0,308$) и в 1 (1,2%) ($p = 0,672$) соответственно. При этом в 1 наблюдении (2,7%) после ВЛС развилась флегмона передней брюшной стенки после видеолапароскопии. В подгруппе «А» подобных осложнений не было ($p = 0,672$). Повторное хирургическое вмешательство потребовалось в 1 случае в подгруппе «А» (1,2%) по поводу эвентрации и в 1 случае в подгруппе «Б» (2,7%) при флегмоне передней брюшной стенки ($p = 0,863$). Во всех случаях при гематомах и абсцессах проводились чрескожные пункционные вмешательства, позволившие достичь желаемого результата санации очагов.

В подгруппах «В» и «Г» показанием к дренированию желчного пузыря явился выраженный перипузырный инфильтрат. При этом осложнения со стороны брюшной стенки и брюшной полости диагностированы в 3 наблюдениях из 41 (7,3%), во всех случаях после лапаротомии, макрохолецистостомии и санации брюшной полости. В подгруппе «В» у 2 больных из 26 (7,7%) выявлено нагноение послеоперационной раны, у 1 (3,8%) – подпеченочный абсцесс. Статистически достоверных различий частоты встречаемости осложнений в подгруппах «В» и «Г» не получено (соответственно $p = 0,286$ и $p = 0,778$).

Для оценки значимости видеолапароскопии при ОКХ, осложненном МПТ, мы проанализировали частоту системных нарушений у больных в послеоперационном периоде. Всего такие состояния, как пневмония, тромбофлебит, острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, выявлены в 16 наблюдениях (9,9%) из 162. Системные осложнения после лапаротомии и санации брюшной полости случались чаще, чем после видеолапароскопической санации. Они диагностированы, соответственно, у 15 пациентов из 110 (13,6%) и у 1 из 52 (1,9%) ($p = 0,040$). После видеолапароскопической санации в одном случае диагностирована пневмония. Обращает на себя внимание тот факт, что после видеолапароскопической санации брюшной полости возможность активизации больных уже на 3-и сутки после операции отмечалась в 50 случаях из 52 (96,2%), а после лапаротомии – лишь в 13 наблюдениях из 110 (11,8%) ($p = 0,000$).

В группе больных ОКХ, осложненным ДПТ (30 человек), пациентов старше 65 лет было 18 (60%), моложе 65 лет – 12 (40%) ($p = 0,197$). Мы выделили три подгруппы для сравнительного анализа по объему хирургического лечения. В подгруппе «А» выполнялась лапаротомия, макрохолецистостомия и санация брюшной полости ($n = 12$); в подгруппе «Б» – лапаротомия, холецистэктомия и санация брюшной полости ($n = 10$), в подгруппе «В» – видеолапароскопическая холецистэктомия с санацией брюшной полости ($n = 8$). В подгруппе «А» до 65 лет было 4 человека из 12, старше 65 лет – 8. В подгруппах «Б» и «В»: до 65 лет – 4 из 10 и 4 из 8 соответ-

ственно, а старше 65 лет – 6 и 4. Лиц пожилого и старческого возраста в подгруппах «А» и «Б» было 14, в подгруппе «В» – 5 ($p = 0,800$).

Во всех случаях ДПТ развился на фоне деструктивного ОКХ, а в 18 наблюдениях из 30 (60%) диагностирована перфорация желчного пузыря. Длительность заболевания ОКХ в 16 случаях составила 2 сут, в 14 – 3 сут. Среди больных до 65 лет (12 человек) лапаротомия, холецистэктомия с санацией брюшной полости выполнена на 2-е и 3-и сутки от начала заболевания соответственно у 4 и у 2 пациентов, при использовании видеолапароскопической холецистэктомии и санации брюшной полости – также у 4 и у 2 пациентов ($p = 0,918$). Пожилых и стариков (18 человек), оперированных на 2-е сутки от момента заболевания, в подгруппах «А» и «Б» было 7, в подгруппе «В» – 3 ($p = 0,884$), а оперированных на 3-и сутки – соответственно 7 и 1 ($p = 0,554$). Осложнения при ДПТ в послеоперационном периоде диагностированы в 7 случаях из 30 (23,3%): после открытой холецистэктомии и санации брюшной полости – в 6 случаях, после видеолапароскопической холецистэктомии и санации брюшной полости – в 1 ($p = 0,956$).

Все осложнения отмечены у больных, оперированных на 3-и сутки от начала заболевания. В подгруппе «В» лишь в 1 наблюдении диагностирован подпеченочный абсцесс. После лапаротомии, холецистэктомии и санации брюшной полости (подгруппа «Б») у 3 пациентов выявлен подпеченочный абсцесс, у 1 – нагноение раны, у 1 – пневмония. Повторных операций не потребовалось.

У 22 больных течение ОКХ осложнилось РПТ. В 5 случаях мы попытались применить видеолапароскопию. В данной группе преобладали пациенты моложе 65 лет. Их было 16 из 22 (72,7%). Больных старше 65 лет было 6 (27,3%) ($p = 0,007$). Выделили три подгруппы. В подгруппе «Г» выполнена лапаротомия, макрохолецистостомия и санация брюшной полости ($n = 9$), в подгруппе «Д» – лапаротомия, холецистэктомия с санацией и дренированием брюшной полости ($n = 8$) и в подгруппе «Е» – видеолапароскопическая холецистэктомия с санацией и дренированием брюшной полости ($n = 5$). В подгруппах, где осуществлялась санация брюшной полости традиционным и видеолапароскопическим путем, пациентов моложе 65 лет было соответственно 13 и 3, а старше – 4 и 2 ($p = 0,876$). В 8 наблюдениях из 22 (36,4%) диагностирован гангренозно-перфоративный холецистит. В 10 случаях длительность заболевания ОКХ составила 2 суток, в 12 – 3 суток ($p = 0,763$). Среди пациентов моложе 65 лет в течение 48 ч от появления клиники ОКХ оперированы 6 больных из подгрупп «Г» и «Д» и 1 из подгруппы «Е» ($p = 0,809$), среди пожилых и стариков – соответственно 2 и 1. Пациенты, оперированные на 3-и сутки от момента заболевания, составили: до 65 лет – 7 (в подгруппах «Г» и «Д») и 2 (в подгруппе «Е») ($p = 0,809$), а старше 65 лет – соответственно 2 и 1 ($p = 1,000$). Группы, в которых выполнялись лапаротомия и видеолапароскопия, были сравнимы по давности заболевания. Соответственно больных, оперированных в 1–2-е сутки от начала ОКХ, было 8 из 17 (в подгруппах «Г» и «Д») и 2 из 5 (в подгруппе «Е») ($p = 0,816$), на 3-и сутки – 2 и 3 ($p = 0,816$). Обращает на себя внимание тот факт, что в подгруппах, где выполнена лапаротомия, в 10 случаях верифицирован разлитой желчный перитонит, а в 7 – разлитой фибринозно-гнойный перитонит. При использовании видеолапароскопии указанные формы перитонита выявлены, соот-

ветственно, в 3 и 2 случаях. Статистически достоверных различий формы РПТ у пациентов, в лечении которых применялись различные способы хирургической санации, не отмечено ($p = 0,638$). В 13 случаях выполнена холецистэктомия (в подгруппе «Д» – 8 и подгруппе «Е» – 5 ($p = 0,110$)). При лапаротомии у 9 пациентов осуществлена макрохолецистостомия, что было связано с выраженным перипузырным инфильтратом (подгруппа «Г»).

Лапаротомия, санация с дренированием брюшной полости для перитонеального лаважа выполнена в 10 случаях при разлитом желчном перитоните и в 2 – при разлитом фибринозно-гнойном. В 5 случаях потребовалась программированная санация. Применение видеолапароскопии при разлитом желчном перитоните ($n = 5$) привело к разрешению РПТ только в 1 случае. При разлитом фибринозно-гнойном перитоните видеолапароскопия была неэффективной, в связи с чем выполнена лапаротомия. Необходимость выполнения назоинтестинальной декомпрессии у этих больных была второй объективной причиной конверсии. Ретроспективный анализ показал, что выполнение видеолапароскопии с лечебной целью при РПТ является тактической ошибкой [7].

Выводы

1. Применение видеолапароскопии при остром калькулезном холецистите, осложненном местным и диффузным перитонитом, способствовало улучшению результатов лечения и уменьшению количества осложнений в послеоперационном периоде.

2. Организация круглосуточной видеолапароскопической операционной в условиях скоромощного стационара при имеющемся потоке urgentных хирургических больных является трудной организационной задачей, что не позволило широко использовать методику в повседневной работе. Ввиду этого осуществление вмешательств с помощью видеолапароскопии становится приемлемым, как правило, только в дневное время, что противоречит принципам urgentной хирургии, особенно у больных с распространенным перитонитом.

Литература

1. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Бузова В.А. и др. Лечение калькулезного холецистита и его осложнений // Хирургия. – 2003. – №10. – С.41–45.

2. Савельев В.С., Ерюхин И.А., Филимонов М.И. и др. Классификация перитонита (принята на Всероссийской научно-практической конференции РАСХИ, 2005 г.) // Инфекц. в хир. – 2007. – Т.5. – №1. – С.15–18.
3. Сажин В.П., Юрищев В.А., Климов Д.Е., Наумов И.А. Лапароскопическая холецистэктомия при деструктивном холецистите // Эндоскоп. хир. – 2007. – №1. – С.82.
4. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Тронин Р.Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клин. геронтол. – 2006. – Т.12. – №6. – С.40–46.
5. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Хоконов М.А. и др. Чресфистульная санация желчного пузыря при остром калькулезном холецистите и высокой степени операционно-анестезиологического риска // Анн. хир. гепатол. – 2005. – Т.10. – №1. – С.73–78.
6. Болотников А.И., Розанов В.Е., Сахаров А.В. Возможности видеолапароскопической техники в лечении посттравматического перитонита // Эндоскоп. хир. – 2007. – №1. – С.22–23.
7. Ступин В.А., Закиров Д.Б., Ширшин В.Г. и др. Выбор хирургической тактики у больных разлитым перитонитом в раннем послеоперационном периоде // Хир. Узбекистана. – 2003. – №3. – С.36.

Сведения об авторах:

Ступин Виктор Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-0607
E-mail: Stvictor@hospital15.com

Мударисов Ринат Ревкатович, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-1841

Моисеевкова Елена Валерьевна, кандидат медицинских наук, врач-хирург Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГКБ №15

Хоконов Мухамед Амиранович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГКБ №15

Телефон: (495) 375-1310
E-mail: Khokonov@hospital15.com

Александрова Елена Григорьевна, заведующая хирургическим отделением Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГКБ №15
Телефон: (495) 375-1311

Шевченко Михаил Владимирович, врач-хирург Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23, ГКБ №15
Телефон: (495) 375-3201

Соломахин Антон Евгеньевич, лаборант кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-1841