



А. О. Кулик

Харківський національний
медичний університет

ВИБІР ВАРІАНТА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ З УРАХУВАННЯМ ПОШИРЕНOSTІ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ОЧЕРЕВИНИ

© А. О. Кулик

Резюме. Проаналізовано результати холецистектомії в умовах спайкового процесу у 50 пацієнтів групи порівняння з визначенням провідних критеріїв спайкоутворення після перенесених лапаротомій. Проведено порівняльний аналіз їх інформативності у 56 хворих основної групи, що дало можливість визначити хірургічну тактику та алгоритм діагностики поширеності спайкового процесу у хворих із жовчнокам'яною хворобою.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, спайкова хвороба очеревини, критерії вираженості спайкового процесу, варіант холецистектомії.

Вступ

У загальнохірургічних стаціонарах серед пацієнтів із захворюваннями органів черевної порожнини хворі на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) займають одне з перших місць. На початок ХХІ століття значно зросло число пацієнтів, які страждають на калькульозний холецистит, що є приводом для щорічного проведення до 2,5 мільйонів планових та екстрених операцій на жовчовивідних шляхах [2, 5, 6]. Обсяг хірургічної корекції визначається характером патологічних змін в біліарній системі, загальним станом пацієнта і технічною оснащеністю [3, 6, 7, 12]. Холецистектомію завжди вважали хірургічним втручанням, що вимагає високої кваліфікації операційної бригади, здатної діяти в нестандартних ситуаціях, обумовлених, наприклад, аномаліями позапечінокових жовчних проток і кровоносних судин гепатодуоденальної зв'язки, що часто трапляються. Значно утрудняє операцію наявність вираженого спайкового процесу в черевній порожнині [7, 12, 14, 15, 17, 18]. Відомо, що за наявності в анамнезі великої кількості операцій на органах черевної порожнини часто спостерігається спайковий процес різного ступеня вираженості [1, 4, 9, 10, 16].

На сьогоднішній день існують три основні способи радикального хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби: традиційна холецистектомія з широкого лапаротомного доступу (ШХЕ), ендовідеохірургічна або лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) і холецистектомія з міні-доступу (МХЕ). Кожен зі способів має свої переваги і недоліки [1, 2, 8, 11, 13, 15].

Матеріали та методи

Групу порівняння становили 50 хворих, які лікувалися в період від 2000 до 2004 року із ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини. Підхід до вибору варіанта холецистектомії в цій групі базувався на визначенні стадійності ЖКХ та гостроти захворювання і не враховував можливу поширеність спайкового процесу.

В основну групу входили 56 хворих (2005—2009 роки), до яких був застосований розроблений індивідуалізований підхід діагностики та лікування. Особливу увагу було приділено методам дослідження, які дозволяли отримати інформацію про вираженість спайкової хвороби очеревини (хірургічний анамнез, дані фізикального обстеження, результати лабораторних та інструментальних методів).

Співвідношення чоловіків та жінок в групі порівняння та основній групі становило 1:6 та 1:4 відповідно. Вік пацієнтів групи порівняння варіював від 18 до 86 років, середній вік — $50,8 \pm 1,4$ року. Вік в основній групі був 21—85 років і в середньому становив $53,9 \pm 1,6$ року ($p=0,15 > 0,05$; групи однорідні).

Супровідна соматична патологія відзначена у 33 (66%) хворих групи порівняння і у 43 (76,8%) — основної групи ($\chi^2 = 2,00$; $p = 0,157 > 0,05$; групи однорідні).

Поєднання кількох супровідних захворювань спостерігалось у 32 (64%) пацієнтів групи порівняння і у 37 (66,1%) — основної групи ($\chi^2 = 0,05$; $p = 0,823 > 0,05$; групи однорідні).

Провідною патологією в основній та групі порівняння були хворі з ЖКХ І ст. із хронічним та гострим процесами у жовчному міхурі ($\chi^2 = 0,437$; $p = 0,509 > 0,05$; групи однорідні).

Найчастіше траплялися хворі, які в анамнезі перенесли апендектомію та операції на матці і придатках. Близько 1/3 хворих обох груп перенесли дві та більше лапаротомій.

Хворі основної та групи порівняння за основними клінічними ознаками були репрезентативними, що дозволяло проводити достовірний статистичний аналіз отриманих результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Тактика лікування хворих із ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини обох груп починалася з консервативної терапії, під час якої встановлювалися показання, строки та обсяг оперативного втручання.

Аналіз оперативних втручань у групі порівняння (50 хворих) показав, що основні труднощі під час операцій були пов'язані з вибором місця доступу, забезпечення впевненого візуального контролю над зоною маніпуляцій і всією потенційно небезпечною ділянкою, надійного виконання всього необхідного обсягу оперативного втручання (мобілізація органа, гемостаз, перев'язування судин, відновлення цілісності тканин). Хворі оперувалися трьома основними варіантами доступу до жовчного міхура: традиційний широкий лапаротомний, мінілапаротомний і лапароскопічний. Наявність спайкової хвороби очеревини мало додатковий вплив на вибір варіанта холецистектомії.

Серед критеріїв, які дозволяють на доопераційному етапі запідозрити ступінь вираженості спайкового процесу, виділено такі: 1) хірургічний анамнез: кількість перенесених операцій, наявність абдомінального болювого синдрому та його вираженість, диспепсичний синдром, астеничний синдром; 2) дані фізикального обстеження: локалізація та протяжність післяопераційних рубців, їх кількості, характеристика; 3) результати інструментальних методів дослідження: УЗ-дані, рентгенконтрастні дані обстеження ШКТ, колоноскопія; визначення активності N-ацетилтрансферази.

Був проведений порівняльний аналіз критеріїв вираженості спайкового процесу очеревини за результатами доопераційної оцінки, які ґрунтуються на анамнестичних, фізикальних, лабораторних та інструментальних даних, зі ступенями спайкового процесу в черевній порожнині згідно із субопераційною оцінкою.

На підставі отриманих результатів було визначено, що провідними критеріями доопераційної діагностики вираженості спайкового процесу очеревини слід вважати визначення фенотипу ацетилювання (NAT 2) та врахування непрямих ознак спайкового процесу за даними ультрасонографії при їх точності 84 та 88% відповідно (алгоритм 1).

Отримані дані свідчать про достовірну ($p < 0,05$) кореляцію показників активності NAT2 із субопераційною візуалізацією вираженості спайкового процесу у хворих основної групи. Аналіз розподілу показників активності NAT2 залежно від вираженості спайкового процесу показує, що цей показник може бути ефективно використаний для визначення вираженості спайкового процесу.

На основі зазначеного розроблено класифікацію вираженості спайкового процесу очеревини за даними провідних критеріїв спайкоутворення.

Класифікація вираженості спайкового процесу черевної порожнини.

I ступінь — плоскосні та мембранозні поодинокі зрощення в межах одного поверху черевної порожнини.

Критерії: проявів часткової непрохідності кишечника немає; повільний тип ацетилювання;

УЗД — значущих даних немає; вільний пасаж барію по ШКТ.

II ступінь — плоскосні, мембранозні та шнуроподібні зрощення із залученням великого чепця в межах двох поверхів черевної порожнини.

Критерії: епізодичні нестійкі прояви часткової непрохідності кишечника; швидкий тип ацетилювання; УЗД — обмежена рухливість листків очеревини, гіперехогенні структури, по контуру кишечника, різний діаметр кишки (подекуди більше 50 мм); депо барію до 12 годин.

III ступінь — масивні зрощення з утворенням спайкових конгломератів із залученням усієї черевної порожнини.

Критерії: часті стійкі прояви часткової непрохідності кишечника; швидкий тип ацетилювання; УЗД — обмежена рухливість листків очеревини, стійкі деформації петель кишечника, наявність у просвіті газу та рідини; зони часткового депонування барію більше 12 годин.

У результаті комбінації алгоритму діагностичного пошуку у хворих з ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини розроблено таблицю алгоритму (табл.) вибору варіанта холецистектомії з врахуванням ступеня вираженості спайкового процесу, гостроти та стадійності ЖКХ.

При спайковому процесі I та II ступенів та відсутності внутрішньопротокової гіпертензії проводилася лапароскопічна холецистектомія з атипичним введенням першого троакара через «мігруючу» точку, визначену за даними ультрасонографії. При вираженому та помірному спайковому процесі та/або неліквідованій внутрішньопротоковій гіпертензії проводилось оперативне втручання з мінідоступу з холецистектомією, субопераційною ревізією та корекцією жовчної гіпертензії.

Хірургічна тактика ґрунтувалася на використанні мініінвазивних технологій у хворих із ЖКХ навіть при вираженому спайковому процесі в черевній порожнині.

Конверсія була вимушено виконана в одному випадку, що було пов'язано з недооцінкою вираженості спайкового процесу, наявністю жовчного перитоніту.

Вибір лапароскопічного варіанта холецистектомії був виправданий у зв'язку з його малотравматичністю відносно очеревини. 17 хворих із 23 з діагнозом «ЖКХ I стадії, гострий або хронічний холецистит, спайкова хвороба I та II ступеня» оперовані лапароскопічно. Нами були визначені критерії вибору атипичного доступу за рядом ознак: наявність післяопераційного рубця на передній черевній стінці — верхньосередньосередньої лапаротомії, УЗД-ознаки наявності спайкового процесу в зоні рубця. У цих випадках був використаний атипичний доступ першого троакара (під мечеподібним відростком, ліва здухвинна ділянка та ін.) із вибором «мігруючої» точки його введення згідно з даними УЗД. Під час доступу



в черевну порожнину у двох випадках виникло поранення судин передньої черевної стінки, що потребувало додаткового гемостазу.

У 4 хворих, які залишилися, вибір варіанта холецистектомії на користь мінілапаротомного ґрунтувався на наявності вираженого спайкового процесу (ІІІ стадії).

П'ятеро пацієнтів із ЖКХ ІІ ступеня, з гострим або хронічним холециститом та клінікою холангіту та/або холедохолітазу були обстежені згідно з розробленим алгоритмом щодо хворих із підозрою на холедохолітаз.

Хворим із хронічним процесом у жовчному міхурі та підозрою на холедохолітаз (4 пацієнти)

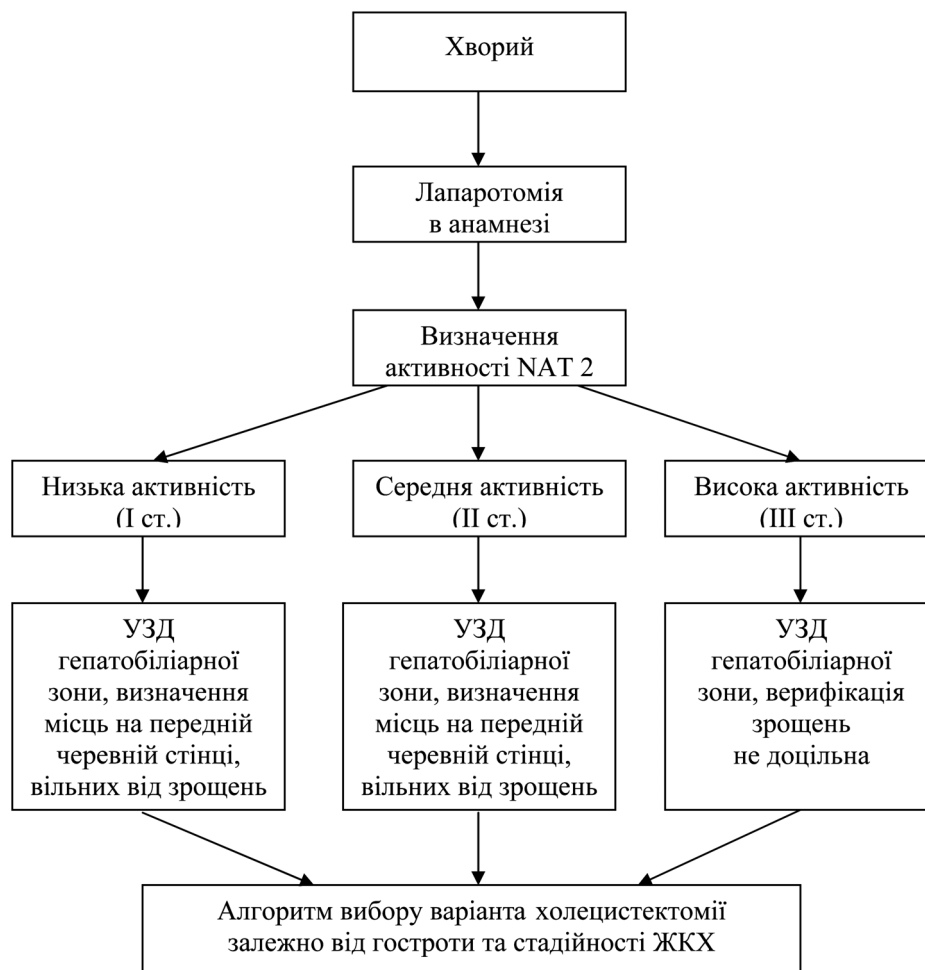


Рис. Алгоритм діагностичного пошуку у хворих із ЖКХ зі спайковою хворобою очеревини з використанням провідних критеріїв спайкового процесу

Таблиця

Вибір варіанта холецистектомії залежно від гостроти та стадійності ЖКХ із урахуванням ступеня спайкового процесу

Стадія ЖКХ / Ступінь спайкового процесу	ЖКХ І		ЖКХ ІІ				ЖКХ ІІІ			
	Гострий	Хронічний	Гострий		Хронічний		Гострий		Хронічний	
			Залишкова внутрішньопотокова гіпертензія				Залишкова внутрішньопотокова гіпертензія			
			+ ¹	- ²	+	-	+	-	+	-
I	л ³	л	м	л	м	л	м	л	м	л
II	м ⁴	л	м	л/м	м	л	м	л/м	м	л
III	м	м	м	м	м	м	м	м	м	м

Примітки: +¹ — внутрішньопотокова гіпертензія присутня;
 -² — внутрішньопотокова гіпертензія ліквідована;
 л³ — лапароскопічна холецистектомія;
 м⁴ — мінілапаротомна холецистектомія.

була виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) для уточнення патології загальної жовчної протоки з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією. На 4—6-ту добу після стихання гостроти процесу виконано повторну ЕРХПГ.

У двох пацієнтів із діагнозом ЖКХ II ступеня, хронічним холециститом та ліквідованим (за даними контролю ЕРХПГ) холедохолітазом та вираженим спайковим процесом (III ступеня) було проведено мінілапаротомну холецистектомію. Хворий зі спайковим процесом очеревини II ступеня та не ліквідованим (за даними контролю ЕРХПГ) холедохолітазом був успішно прооперований в обсязі — мінілапаротомна холецистектомія, холедохотомія, холедохолітекстракція, субопераційна холангіографія, зовнішнє дренивання холедоха за Холстедом—Піковським.

Хворі з діагнозом «ЖКХ III ступеня, гострий холецистопанкреатит» (3 пацієнти) були проліковані консервативно. Відсутність протокової гіпертензії підтверджена даними УЗД. У зв'язку з не ефективністю консервативної терапії у 2 хворих із ЖКХ III ступеня, гострим холецистопанкреатитом, ознаками протокової гіпертензії, холангітом, гострою механічною жовтяницею і доопераційно діагностованим спайковим процесом очеревини II та III ступенів було виконано мінілапаротомну холецистектомію, дренивання холедоха за Холстедом—Піковським. При субопераційній холангіографії виявлені конкременти холедоха — холедохотомія, літекстракція. У післяоперацій-

ному періоді проведена контрольна діагностика (УЗД-ознаки внутрішньопротокової гіпертензії відсутні).

Хворому з ЖКХ III ступеня, хронічним холецистопанкреатитом, ознаками протокової гіпертензії, хронічною механічною жовтяницею проведено ЕРХПГ, виявлено стенозуючий папіліт та конкременти загальної жовчної протоки. Виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. На 5-ту добу при ЕРХПГ-контролі візуалізуються конкременти холедоха у зв'язку з чим, незважаючи на I ступінь вираженості спайкового процесу за даними доопераційної оцінки поширеності спайкового процесу, було виконано мінілапаротомну холецистектомію, холедохотомію, холедохолітекстракцію, дренивання холедоха за Холстедом—Піковським. У післяопераційному періоді відзначалася тривала холерея (8 діб), що не потребувало додаткового оперативного втручання.

Структура способів оперативного лікування ЖКХ свідчить про переорієнтацію з широких травматичних доступів у групі порівняння на користь мінілапаротомних та лапароскопічних холецистектомій в основній групі.

В основній групі відзначається тенденція до зниження загальної кількості суб- та післяопераційних ускладнень, зокрема: відсутність пошкоджень порожнистих органів та судин гепатодуоденальної зв'язки, конверсій; зниження кількості ускладнень із боку серцево-судинної та дихальної систем, відсутність явищ ранньої післяопераційної спайкової непрохідності кишечника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлев В.А. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики / В.А. Бурлев, Е.Д. Дубинская, А.С. Гаспаров // Проблемы репродукции. — 2009. — №3. — С. 36—44.
2. Вплив тривалості захворювання на жовчнокам'яну хворобу на складність виконання лапароскопічної холецистектомії / Р.М. Смачило, О.М. Тищенко, О.В. Малаштан [та ін.] // Шпитальна хірургія. — 1998. — №3. — С. 84—85.
3. Галингер Ю.И. Серьезные хирургические осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.И. Галингер, В.И. Карпенкова, В.К. Воробьев // Эндоскопическая хирургия. — 1998. — №1. — С. 11—12.
4. Гольбрайх В.В. Симультаные операции у больных с различными хирургическими заболеваниями / В.В. Гольбрайх, В.Т. Пекарский, Т.А. Базельцева // Современные технологии в абдоминальной хирургии. — М.: РНЦХ РАМН, 2001. — С. 127—128.
5. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадавани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуто, М.И. Прудков. — М.: Видар, 2000. — 144 с.
6. Захараш Ю.М. Оптимізація хірургічної тактики і техніки виконання лапароскопічної холецистектомії в лікуванні жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03, КМАПО / Ю.М. Захараш. — К., 2000. — 21 с.
7. Качество жизни больных после различных способов холецистэктомии / П.С. Ветшев, К.Е. Чилингари, Л.И. Ипполитов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — Т. 8, №1. — С. 72—79.
8. Луцевич Э.В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни / Э.В. Луцевич, А.П. Уханов, М.Н. Семенов. — М.: Новгород, 1999. — 129 с.
9. Методи профілактики спайкової хвороби очеревини / М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка, І.К. Чурпій [та ін.] // Шпитальна хірургія. — 2004. — №4. — С. 211—212.
10. Тимербулатов В.М. Клиника и хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости / В.М. Тимербулатов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1999. — №6. — С. 36—39.
11. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. — М.: Трида, 2003. — 216 с.
12. Шуркалин Б.К. Лапароскопические операции в неотложной хирургии / Б.К. Шуркалин // Хирургия. — 1999. — №6. — С. 43—46.
13. Этапное лечение механической желтухи: материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной 75-летию со дня рождения профессора Б.С. Брыскина / А.А. Чумаков, В.Н. Малашенко, С.В. Козлов. — М., 2003. — С. 106—107.



14. *Bile duct stricture treatment*: In: VI international Euroasian and Azerbaijanian congress of gastroenterologists and surgeons. Abstracts. / V.I. Malarchuk, U.F. Pautkin, A. E. Klimov [et al.]. — Baku, 2003. — 72 p.

15. *Cholecystectomy through a 5cm subcostal incision* / O'Kelly [et al.] // Br. J. Surg. — 1991. — №78. — P. 762.

16. *Is laparoscopic cholecystectomy a mature operative technique: results of an ergonomic sequence analysis* / G. Welty, E. Schippers, E. Grablowitz [et al.] // Surg Endosc. — 2002. — Vol. 16, №5. — P. 820—827.

17. *Functional impairment of the abdominal wall following laparoscopic and open cholecystectomy* / B. Balogh, A. Zauner-Dung, P. Nicolakis [et al.] // Surg Endosc. — 2002. — Vol. 16, №3. — P. 481—486.

18. *Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of gangrenous cholecystitis* / F.A. Habib, R. B. Kolachalam, R. Khilnani [et al.] // Am. J. Surg. — 2001. — №181(1). — P. 71—75.

ВЫБОР ВАРИАНТА ХОЛЦИСТЭКТОМИИ С УЧЕТОМ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШИНЫ

А. О. Кулик

Резюме. Проанализированы результаты холецистэктомии в условиях спаечного процесса у 50 пациентов группы сравнения с определением ведущих критериев спайкообразования после перенесенных лапаротомий. Проведен сравнительный анализ их информативности у 56 больных основной группы, что дало возможность определить хирургическую тактику и алгоритм диагностики распространенности спаечного процесса у больных с желчнокаменной болезнью.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, спаечная болезнь брюшины, критерии выраженности спаечного процесса, вариант холецистэктомии.

SELECTING CHOLECYSTECTOMY WITH A GLANCE OF THE PREVALENCE OF ABDOMINAL ADHESIONS

А. О. Kulik

Summary. Analyzed the results of cholecystectomy in adhesions in 50 patients with the definition of a comparison group of leading criteria adhesions after previous laparotomy. A comparative analysis of their information in 56 patients of the group, which made it possible to determine the surgical tactics and a diagnostic algorithm prevalence of adhesions in patients with cholelithiasis.

Key words: cholelithiasis, peritoneal commissures, the criteria for severity of adhesions, a variant of cholecystectomy.