

УДК 617.55-007.274-072.1

© О.Г. ДИКИЙ

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського

Діагностична лапароскопія в умовах інтраабдомінального спайкового процесу

О.Н. ДУКІЙ

Zhytomyr Regional Clinical Hospital by O.F. Herbachevskyi

DIAGNOSTIC LAPOROSCOPY IN THE CONDITIONS OF INTRAABDOMINAL COMMISSURE PROCESS

У 115 пацієнтів, які мали в анамнезі абдомінальні втручання, було вивчено закономірності макроморфології вісцеропарістального спайкового процесу. Основними прогностичними критеріями наявності у пацієнта субтотально-тотального вісцеропарістального спайкового процесу (СТП) є вказівка на перенесені операції з приводу гострої спайкової обструкції кишки, більше 2 абдомінальних втручань і більше 1 лапаротомного рубця на черевній стінці. Пацієнтів поділено на 3 групи: 1) хворі, які мають одну ознаку і не оперовані з приводу ГСОК або не мають вказаних ознак – діагностична лапароскопія можлива (частота СТП 0 %); 2) хворі, які мають в анамнезі операції з приводу ГСОК або 2–3 позитивні ознаки (частота СТП 26,1 %): серед цих пацієнтів високу частоту СТП (57,1 %) мають хворі, які перенесли більше 4 абдомінальних втручань. У них діагностична лапароскопія протипоказана. У решти пацієнтів частота СТП складає 24,3 %, а питання виконання діагностичної лапароскопії вирішується індивідуально.

On 115 patients, who had indication of abdomen surgery, the laws of macromorphology of visceroparietal adhesions have been investigated. The main criteria of presence in the patient total adhesions process (TAP) of the operations by adhesions obstruction is more than 2 abdomen surgery in anamnesis and presence of more than 1 score on the bowel wall. Patients have been divided into 3 groups: 1) patients with an one feature without operations by adhesions obstruction or patients, that don't have those features (frequency TAP 0 %) – diagnostic laparoscopy is possible; 2) patients with operations by adhesions obstruction of impassability or having 2-3 fractures (frequency TAP 26,1 %): among these patients the large frequency TAP (57,1 %) have the patients, that have transferred more than 4 operations. At them diagnostic laparoscopy is contra-indicated. At other patients (frequency TAP – 24,3 %) the question of diagnostic laparoscopy can be decided individually.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Одним із наслідків розвитку відеолапароскопічних втручань стало проведення лапароскопії у пацієнтів з анамнестичними вказівками на перенесені абдомінальні втручання. Проте серед основних причин невдач діагностичної лапароскопії в умовах інтраабдомінальних зрощень є непередбачуваність поширеності та якісного типу спайкового процесу в кожного конкретного пацієнта до операції [2, 5]. Аналіз публікацій дозволив виділити такі клініко-анамнестичні критерії несприятливої морфології спайкового процесу: неоднократні операції на органах черевної порожнини [1, 4]; характер перенесених операцій [4, 6], зокрема операції з приводу розлитого перитоніту [1]; характеристика рубців (численні післяопераційні рубці, які займають більше половини всієї площі передньої черевної стінки) [3]; особливості перебігу післяопераційного періоду (вказівки на поширене нагноєння рани, розвиток підшкірної

евентрації) [4]; багатократні епізоди гострої спайкової обструкції кишки в анамнезі [3]; перенесена масивна променева терапія [3]. Деякі з наведених критеріїв мають доволі розмитий характер і потребують більш ретельної оцінки, деякі критерії (особливості перебігу післяопераційного періоду) важко виявити.

Мета роботи: виявити критерії прогнозування поширеного спайкового процесу, який унеможливає проведення діагностичної лапароскопії в умовах інтраабдомінального спайкового процесу.

Матеріали і методи. В досліджувану групу було включено 115 пацієнтів: чоловіків – 47 (40,9 %), жінок – 68 (59,1 %). Сердній вік пацієнта склав 39,0 (15/73) років. Всі хворі в анамнезі мали вказівку на перенесені інтраабдомінальні операції.

У пацієнтів протоколювалися такі дані: кількість та розташування післяопераційних рубців на передній черевній стінці; розташування та тип вісце-

ропарієтальних зрощень, анамнестичні вказівки щодо кількості та характеру попередньо перенесених абдомінальних втручань. При аналізі в даному дослідженні враховувалися зрощення в тих анатомічних зонах, в яких можна ввести троакар.

Градацію поширеності вісцеропарієтальних зрощень проводили за *Блінниковим О.І.* Діагностичну лапароскопію вважали неможливою або малоінформативною у пацієнтів із 4 ст. поширеності, коли зрощеннями уражено 2/3 черевної порожнини.

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналіз морфології зрощень у наших пацієнтів показав, що частота 4 ступеня поширеності складає тільки 7,8 % (9/115). У 57,4 % (66/115) пацієнтів мали місце зрощення 2-3 ст., у 24,3 % (28/115) – 1 ст., у 12 (10,4 %) хворих спайковий процес після операції був

відсутній. Таким чином, у 91,4 % пацієнтів зрощення не перешкоджають виконанню діагностичної лапароскопії, що робить вкрай актуальним питання пошуку критеріїв високої частоти поширеного спайкового процесу. Наступним кроком ми проаналізували вплив на частоту поширеного вісцеропарієтального спайкового процесу таких факторів: операцій з приводу перитоніту або травми в анамнезі, загальної кількості операцій, операцій із приводу гострої спайкової обструкції кишки (ГСОК), кількості рубців на передній черевній стінці (наявність контрапертурних рубців не враховувалася).

Нами було встановлено, що на частоту поширеного спайкового процесу впливають такі критерії: більше 2 абдомінальних втручань; відкриті операції з приводу ГСОК; виконання кількох операцій із різних доступів (табл. 1).

Таблиця 1. Вплив клініко-анамнестичних факторів на частоту СТП

Анамнестичний фактор	Частота СТП (%)		P	Кореляція
	позитивний фактор	негативний фактор		
Перитоніт	11,1	7,2	>0,05	
Травма	11,1	8,2	>0,05	
ГСОК	18,8	3,6	<0,01	0,25
Більше 2 абдомінальних втручань	24,0	3,3	<0,001	0,32
Більше 1 рубця на черевній стінці	3,7	17,7	<0,05	0,24

Аналіз залежності частоти СТП від кількості позитивних факторів дозволив виділити 2 групи пацієнтів (табл. 2):

1) пацієнти, які не мали позитивних ознак або мали одну позитивну ознаку, – частота СТП низька (0-9,4 %); в цій групі СТП зустрічався тільки в тих випадках, коли в анамнезі мали місце операції з приводу ГСОК: з 14 таких пацієнтів у 3 (21,4 %) мав місце СТП;

2) пацієнти з 2 і 3 позитивними ознаками – частота СТП висока (26,1 %).

Таким чином, пацієнтів поділено на 2 групи: основна – позитивні критерії відсутні або є 1 позитивний критерій без операцій із приводу ГСОК в анамнезі – частота СТП 0 %; контрольна – 2 і більше позитивних критерії або оперовані з приводу ГСОК – частота СТП складає 24,3 %.

У контрольній групі пацієнтів ні обрані раніше прогностичні критерії, ні їх кількість, ні співвідношення на частоту СТП не впливали. В цій групі на частоту СТП впливала загальна кількість перенесених абдомінальних втручань: у пацієнтів, які перенесли більше 4 операцій, частота СТП складала 57,1 % (4/7), тоді як у пацієнтів, які мали 4 і менше втручань, частота СТП складала 16,7 % (6/25) ($\chi^2_{\text{факт}}=5,05$; $\chi^2_{\text{табл}}=3,84$; $p<0,05$; односторонній критерій Фішера=0,04; $\phi=0,36$).

У контрольній групі пацієнтів ні обрані раніше прогностичні критерії, ні їх кількість, ні співвідношення на частоту СТП не впливали. В цій групі на частоту СТП впливала загальна кількість перенесених абдомінальних втручань: у пацієнтів, які перенесли більше 4 операцій, частота СТП складала 57,1 % (4/7), тоді як у пацієнтів, які мали 4 і менше втручань, частота СТП складала 16,7 % (6/25) ($\chi^2_{\text{факт}}=5,05$; $\chi^2_{\text{табл}}=3,84$; $p<0,05$; односторонній критерій Фішера=0,04; $\phi=0,36$).

Висновки. 1. Перенесені абдомінальні втручання не є протипоказанням до виконання діагностичної лапароскопії.

2. Основною перешкодою для виконання діагностичної лапароскопії в умовах інтраабдомінальних зрощень є вісцеропарієтальний спайковий процес 4 ступеня поширеності.

3. На високу вірогідність СТП у пацієнтів вказують такі ознаки: перенесені операції з приводу ГСОК, більше 2 абдомінальних операцій в анамнезі; наявність 2 і більше післяопераційних рубців на черевній стінці

Таблиця 2. Частота СТП залежно від кількості позитивних прогностичних критеріїв

Наявність СТП	Кількість позитивних ознак					
	0		1		2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ні	60	100,0	29	90,6	17	72,7
Так	0	0	3	9,4	6	26,1
ВСЬОГО	60		32		23	

З ДОСВІДУ РОБОТИ

(без урахування контрапертурних розрізів). У пацієнтів, які не мають позитивних ознак або мають одну ознаку і не оперовані з приводу ГСОК, СТП не зустрічається. У інших пацієнтів частота СТП складає 21,4–26,1 %. Ці хворі складають групу ризику щодо СТП.

4. У групі ризику в пацієнтів, які перенесли більше 4 операцій, частота СТП складає 57,1 %. У таких хворих діагностична лапароскопія протипоказана. В інших пацієнтів питання виконання діагностичної лапароскопії повинно вирішуватися індивідуально.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллаев Э.Г. Адгезиолизис под видеоконтролем в экстренной и плановой хирургии спаечной болезни органов брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 3. – С. 13–15.
2. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Качество жизни пациентов после традиционных и лапароскопических операций по поводу спаечного абдоминального синдрома (7-й Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии (Москва, 16-19 февраля 2004 года)) // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 1. – С. 15.
3. Жестков К.Г., Воскресенский О.В., Барский Б.В. Эндоскопическая хирургия наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваний // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 2. – С. 53–61.
4. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Воскресенский П.К. Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим методом // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 19–23.
5. Мясников А.Д., Липатов В.А. Послеоперационный спаечный процесс брюшной полости и эндовидеохирургия // Медицинская библиотека сервера MedLinks. – 2003.
6. Saudemont A., Dewailly S., Denimal F. et al. Celioscopic treatment of small intestine obstructions // Ann. Chir. – 1999. – Vol. 53(9). – P. 865–869.

Отримано 10.09.10