



В. В. Бойко, І. А. Тарабан,
А. О. Кулик, А. Ю. Фролов,
Л. І. Фролова

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ З УРАХУВАННЯМ ПОШИРЕНOSTІ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ОЧЕРЕВИНИ

Резюме. Розроблено та впроваджено у клінічну практику алгоритми доопераційної оцінки поширеності спайкового процесу очеревини та вибору варіанта холецистектомії залежно від гостроти та стадійності жовчнокам'яної хвороби і вираженості спайкового процесу. Пріоритетним є широке використання мініінвазивних технологій, у тому числі мінілапаротомій, що дозволило суттєво зменшити кількість ускладнень. Вивчені віддалені результати у хворих, прооперованих за впровадженими методиками. Через 3 місяці випадків оперативних втручань із приводу гострого ускладнення спайкової хвороби не спостерігалось.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, спайкова хвороба очеревини, холецистектомія, мініінвазивні технології.

Вступ

На початок ХХІ століття значно зросла кількість пацієнтів, які хворіють на калькульозний холецистит. У літературних джерелах використовується термін «тиха епідемія». Дані VI Всесвітнього конгресу гастроентерологів свідчать, що холецистолітаз є приводом для щорічного проведення у світі до 2,5 мільйонів планових і екстрених операцій на жовчному міхурі.

Холецистектомія залишається єдиним способом радикального лікування пацієнтів із даною патологією. За літературними даними, кількість післяопераційних ускладнень та летальність при хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), незважаючи на значний прогрес у хірургічному лікуванні, залишаються і досі достатньо високими. Показники післяопераційної летальності в розвинених країнах світу сягають 4—6%, а у хворих старечого та похилого віку — від 10 до 26% [1, 2, 4].

Обсяг хірургічної корекції визначається характером патологічних змін у жовчовивідних шляхах, загальним станом пацієнта і технічною оснащеністю клініки. При локалізації патологічного процесу в межах жовчного міхура достатнім вважається холецистектомія. При залученні позапечінкових жовчних шляхів виникає необхідність у ревізії та санації цих структур. Якщо уражені суміжні органи (печінка, підшлункова залоза), оперативне втручання доповнюється дренажуванням загальної жовчної протоки. Значно утруднює операцію наявність перивезикального інфільтрату, гнійно-запальних ускладнень гострого холециститу, жовчного перитоніту, спайкового процесу в черевній порожнині після перенесених раніше оперативних втручань [4, 6, 7, 8, 10].

Оперативний доступ має відповідати двом вимогам: забезпечувати найменшу травматичність способу проникнення в глибину тканин організму і найбільший простір у порожнині операційної

рани, необхідний хірургові для правильного виконання маніпуляцій на вогнищі ураження [3, 5, 9].

На сучасному етапі хірургічного лікування ЖКХ існує три основні способи холецистектомії, які розмежовуються за варіантом доступу у черевну порожнину — широкий, «традиційний», лапаротомний, лапароскопічний та мінілапаротомія. Кожен із них має ряд переваг і недоліків [1, 5, 7, 9].

В умовах спайкового процесу очеревини є досить проблематичним вибір варіанта холецистектомії, беручи до уваги неможливість доопераційної оцінки вираженості спайкового процесу, який може стати непереборною перепоною при хірургічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень [1, 6, 7, 9].

Матеріали та методи

Робота з оптимізації хірургічної тактики і лікування пацієнтів із ЖКХ зі спайковою хворобою очеревини виконана на основі проведення комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження 106 таких хворих у спеціалізованому відділенні ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України», спеціалізованого відділення малоінвазивної хірургії Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги імені проф. О.І. Мещанінова та хірургічного відділення Обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення. Групу порівняння становили 50 хворих з ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини, яким було застосовано загальноприйняті методи обстеження (з 2000 по 2004 рік). Підхід до вибору варіанта холецистектомії базувався на визначенні стадійності ЖКХ та гостроти захворювання і не враховував можливість поширеності спайкового процесу.

До основної групи входили 56 хворих, до яких був застосований розроблений підхід із доопера-



ційної діагностики вираженості спайкового процесу очеревини та впровадження запропонованого алгоритму вибору варіанта холецистектомії з урахуванням вираженості спайкового процесу очеревини (з 2005 по 2009 рік). Запропоновані діагностичні заходи передбачали визначення на доопераційному етапі критеріїв спайкоутворення: хірургічний анамнез, дані фізикального обстеження, результати інструментальних методів дослідження, в тому числі з використанням розробленого способу прогнозування поширеності спайкового процесу з визначення спадково детермінованої схильності до спайкоутворення (за Л.М. Буловською та співавт.).

В анамнезі хворі обох груп перенесли одну або більше лапаротомій. Найчастіше траплялися хворі, які перенесли апендектомію та операції на матці та придатках. Дві та більше лапаротомій в анамнезі перенесли близько $31,5 \pm 2,2\%$ хворих.

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

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл хворих залежно від способу оперативного лікування відрізнявся в основній та групі порівняння. Так, у групі порівняння вибір варіантів холецистектомії був такий: 18 (36%) хворих прооперовані лапароскопічно, 9 (18%) — за допомогою мінідоступу та 23 (46%) — широким лапаротомним доступом. В основній групі відзначається кардинальна переорієнтація на мініінвазивні варіанти холецистектомії — 21 (37,5%) хворого прооперовано лапароскопічно, 34 (60,7%) — мінідоступом і лише 1 (1,8%) пацієнта — за допомогою широкої лапаротомної холецистектомії (як вимушена конверсія у хворого з ЖКХ I стадії, гострим деструктивним холециститом, поширеним жовчним перитонітом для необхідності виконання віцеролізу, інтубації тонкого кишечника, санації черевної порожнини).

Аналізуючи дані критеріїв доопераційної оцінки вираженості спайкового процесу очеревини із субопераційним зіставленням даних, виявилося, що провідними критеріями доопераційної діагностики вираженості спайкового процесу слід вважати визначення фенотипу ацетилювання (NAT 2) та врахування непрямих ознак спайкоутворення за даними ультрасонографії з точністю 84 та 88% відповідно. Для полегшення доопераційної оцінки вираженості спайкового процесу черевної порожнини у хворих із ЖКХ нами був запропонований алгоритм діагностичного пошуку на основі використання провідних критеріїв спайкоутворення.

Тактика лікування хворих із ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини обох груп розпочиналася з консервативної терапії, під час якої встановлювалися показання, строки та обсяг опе-

ративного втручання. Наявність спайкової хвороби очеревини мало додатковий вплив на вибір варіанта холецистектомії.

Хірургічна тактика та лікування хворих із ЖКХ у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини базувалася також на розробленому алгоритмі вибору варіанта холецистектомії з урахуванням ступеня вираженості спайкового процесу, гостроти та стадійності ЖКХ. Серед хворих із діагнозом ЖКХ II—III ст. та ознаками внутрішньопрокової гіпертензії за даними УЗД, першим етапом виконувалася ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія з ендоскопічною папілосфінктеротомією. При спайковому процесі I та II ступенів, за даними доопераційної оцінки, та відсутності внутрішньопрокової гіпертензії виконувалася лапароскопічна холецистектомія з атипичним введенням першого троакару через «мігруючу» точку, визначену за допомогою ультрасонографії. При вираженому та середньому ступенях вираженості спайкового процесу та/або неліквідованій внутрішньопрокової гіпертензії проводилося оперативне втручання з мінідоступу із субопераційною ревізією позапечінкових жовчних проток та корекцією жовчної гіпертензії.

Аналіз оперативних втручань у групі порівняння показав, що основні труднощі під час операцій були пов'язані з вибором варіанта доступу, забезпечення впевненого візуального контролю над зоною маніпуляцій і всією потенційно небезпечною зоною та надійного виконання всього необхідного обсягу оперативного втручання (мобілізація органа, гемостаз, перев'язування судин, відновлення цілісності тканин).

Характер інтра- та післяопераційних ускладнень у хворих основної та групи порівняння представлений на рис. 1.

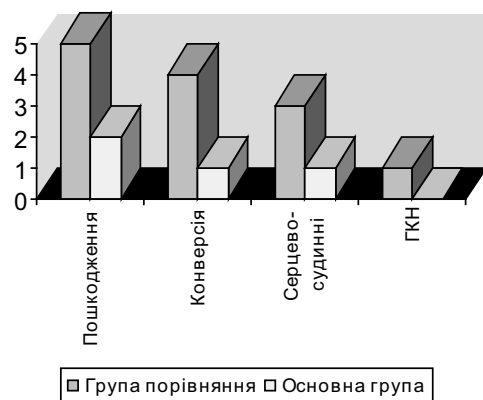


Рис. 1. Діаграма ускладнень у хворих із ЖКХ та спайковою хворобою очеревини

Ускладнення розподілені за основними видами: 1) пошкодження: — в групі порівняння було 2 хворих із пораненням судин передньої черевної стінки, брижі, що пов'язано з вираженим спайковим процесом очеревини та недостатньою візуалізацією зони оперативного втручання; в одному випадку відбулося пошкодження холедоха,



яке виникло унаслідок обмеженого зрощеннями візуального контролю при входженні у черевну порожнину. В одного хворого відзначено пошкодження фіксованої петлі тонкого кишечника (десерозація) і в післяопераційному періоді у нього відбулося нагноєння післяопераційної рани. В основній групі пошкодження судин великого чепця мало місце у двох випадках, пов'язаних з адгеолізісом спайкового процесу II ступеня; 2) конверсія — у групі порівняння було дві конверсії у хворих зі спайковим процесом середнього та вираженого ступенів. У хворих основної групи конверсію виконано в одному випадку, вона була пов'язана з наявністю поширеного жовчного перитоніту на фоні спайкового процесу середнього ступеня вираженості; 3) серцево-судинні та респіраторні ускладнення спостерігалися в обох групах (3 — в групі порівняння та 1 — в основній групі) і були пов'язані з впливом лапароскопічного варіанта холецистектомії на хворих похилого та старечого віку. Зменшення кількості ускладнень зумовлене з упровадженням алгоритму вибору варіанта холецистектомії з урахуванням вираженості спайкового процесу очеревини і раціонального використання мініінвазивних технологій; 4) серед хворих групи порівняння після широких лапаротомій із вираженим спайковим процесом очеревини та вимушеною масивною оперативною травмою у двох у післяопераційному періоді спостерігалася динамічна непрохідність кишечника, яку була ліквідовано консервативно на 5-ту післяопераційну добу. В одному випадку перебіг післяопераційного періоду був ускладнений розвитком ранньої післяопераційної спайкової непрохідності кишечника, що потребувало релапаротомії на 7-му післяопераційну добу. В основній групі ознак затяжного післяопераційного парезу кишечника та явищ гострої непрохідності кишечника не було. У хворих групи порівняння серед інших ускладнень у післяопераційному періоді слід відзначити: післяопераційний панкреатит, нагноєння післяопераційної рани, довготривалу холерею, пневмонію.

Таке ускладнення, як довготривале підтікання жовчі з ложа жовчного міхура, відзначено у 5 хворих контрольної та у 2 — основної груп, що було пов'язано з технічними труднощами при обмеженні маніпулювання в зоні оперативного втручання внаслідок вираженого спайкового процесу.

В одному випадку причиною післяопераційної летальності визнано серцево-судинну недостатність (похилий вік, виражена супровідна патологія, деструктивний холецистит, інтоксикація).

У табл. 1 подано результати лікування хворих основної та контрольної груп.

Упровадження у лікувальний процес розроблених алгоритмів доопераційного визначення вираженості спайкового процесу очеревини, хіргічної тактики та обґрунтованого вибору варіанта холецистектомії з урахуванням ступеня спайкового процесу, гостроти та стадійності ЖКХ дозволило зменшити кількість інтра- та післяопераційних ускладнень з 56 до 10,8% та невілювати епізоди повторних оперативних втручань із приводу спайкової непрохідності кишечника в найближчому періоді (протягом року).

Таблиця 1

Результати лікування хворих із жовчнокам'яною хворобою у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини

| Показники | Група порівняння | Основна група |
|---|------------------|---------------|
| Час оперативного втручання | 56,4 ± 5,2 хв | 44,8 ± 5,2 хв |
| Кількість інтра- та післяопераційних ускладнень | 56% | 10,8% |
| Середній ліжко-день | 9,4 | 7,2 |
| Післяопераційна летальність | 1 | 0 |

Таким чином, правильне визначення показань до виконання оперативного втручання з обґрунтуванням вибору варіанта холецистектомії з урахуванням вираженості спайкового процесу очеревини дозволяють суттєво поліпшити сприятливий наслідок лікування хворих із жовчнокам'яною хворобою у поєднанні зі спайковою хворобою очеревини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. — М.: Видар, 2006. — 559 с.
2. Гострий холецистит / В.І. Русин, Ю.Ю. Переста, А.В. Русин, Р.І. Шніцер. — Ужгород: Вета-Закарпаття, 2001. — 248 с.
3. Луцевич Э.В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни / Э.В. Луцевич, А.П. Уханов, М.Н. Семенов. — М.: Новгород, 1999. — 129 с.
4. Многоэтапные оперативные вмешательства у больных острым холециститом с высокой степенью оперативного риска / В.А. Сипливый, Г.Д. Петренко, Г.И. Дуденко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2002. — № 7(1). — С. 151.
5. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. — М.: Триада, 2003. — 216 с.
6. Хасанов А. Г. Видеолапароскопия в комплексном лечении спаечной болезни брюшины / А. Г. Хасанов,

И. Ф. Суфияров, А. Ф. Бадретдинов // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 1. — С. 34—39.

7. Хирургическая тактика при деструктивном калькулезном холецистите у больных с повышенным операционным риском: матер. Междунар. конф. хирургов / П.М. Хорошилов, Л.Б. Ихно, А.А. Лютов [и др.]. — М., 2000. — С. 58—59.

8. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi / A. Cuschieri, F. Lezocche, M. Morino [et al.] // Surg. Endosc. — 1999. — № 13. — P. 952—957.

9. 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.

10. 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.



РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ
СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА
БРЮШИНЫ

*В. В. Бойко, И. А. Тарабан,
А. О. Кулик, А. Ю. Фролов,
Л. И. Фролова*

RESULTS OF TREATMENT
PATIENTS OF CHOLELITHIC
ILLNESS TAKING INTO
ACCOUNT PREVALENCE
OF ADHESIVE PROCESS OF
A PERITONEUM

*V. V. Boyko, I. A. Taraban,
A. O. Kulik, A. Yu. Frolov,
L. I. Frolova*

Резюме. Разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы дооперационной оценки распространенности спаечного процесса брюшины и выбора варианта холецистэктомии в зависимости от остроты и стадийности желчнокаменной болезни и выраженности спаечного процесса. Приоритетным является широкое использование миниинвазивных технологий, в том числе мини-лапаротомий, что позволило существенно уменьшить количество осложнений. Изучены отдаленные результаты у больных, прооперированных по внедренным методикам. Через 3 месяца случаев оперативных вмешательств по поводу острого осложнения спаечной болезни не наблюдалось.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, спаечная болезнь брюшины, холецистэктомия, миниинвазивные технологии.

Summary. Developed and inculcated in clinical practice algorithms of the preoperated estimation of prevalence of adgesion process of peritoneum and choice of variant of cholecystectomy depending on a sharpness and phasicness of calculous cholecystitis and expressed of adgesion process. Priority is the wide use of mini-invasion technologies, including mini-laparotomy, that allowed substantially to decrease the amount of complications. Remote results are studied at patients, operated after the inculcated methods, in 3 months — the cases of operative interferences concerning sharp complication of adgesion process were not observed.

Key words: calculous cholecystitis, adgesion process of peritoneum, cholecystectomy, mini-invasion technologies.