

УДК 617.55–089+ 616.366–003.7–089



С.О. Бичков, Л.В. Усенко, Т.Є. Скалозуб

Лапароскопічні холецистектомія та адгезіолізис у хворих на жовчнокам'яну хворобу, які раніше перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, ДЗ «Дорожня клінічна лікарня» СТГО «Південна залізниця», Харків

Ключові слова: спайкова хвороба, лапароскопічна холецистектомія, адгезіолізис.

На етапі становлення лапароскопічної хірургії наявність в анамнезі лапаротомних операцій, що спричинили формування спайок у черевній порожнині, що розцінюють як спайкову хворобу (СХ), вважалося відносним протипоказанням до використання цієї технології. У міру накопичення досвіду, СХ з розряду протипоказань поступово перейшла в розряд показань до лікувальної лапароскопії. Більш того, є досвід [3, 5, 6, 7] лапароскопічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності. Перенесені хворими в минулому хірургічні втручання в черевній порожнині обґрунтовують віднесення цієї категорії хворих до групи підвищеного ризику при лапароскопічному способі оперативного лікування [1, 2, 7].

Робота виконана відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробка малоінвазивних оперативних втручань у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки», номер держреєстрації 0100U005308.

Безумовно, наявність спайкового процесу в черевній порожнині суттєво збільшує небезпеку ятрогенних ушкоджень органів черевної порожнини в процесі створення пневмоперитонеуму, приведенні троакарів та обмежує доступ і огляд оперативного поля [3, 7, 8, 10].

При СХ використовують відкритий метод введення першого троакара (метод Хассана) [4, 9]. Найчастішим варіантом операції є адгезіолізис (розсічення спайок). Цей варіант застосовують як один з етапів симультанних лапароскопічних операцій при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ). Виконання сумісних лапароскопічних втручань не потребує розширення доступу, незвично збільшує тривалість операції і дає змогу уникнути ризику повторних хірургічних агресій, при цьому період непрацездатності у хворих значно коротший, ніж у хворих, які перенесли традиційні порожнинні втручання [1, 4, 8, 9].

Незважаючи на широке поширення лапароскопічних технологій, існує багато невирішених і дискусійних проблем, пов'язаних з їхнім використанням у хворих, які раніше перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини. Метою дослідження є вивчення ефективності ультразвукового методу до операційної діагностики СХ і розробка безпечних методів введення троакарів і виконання адгезіолізису у хворих з СХ.

Матеріали та методи

У 940 хворих, які раніше перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини, виконано ЛХЕ. З них двічі оперовано 97 хворих і тричі – 18. Жінок було 755, чоловіків – 185. Вік хворих коливався від 16 до 78 років.

З 940 хворих тільки 87 (9,3%) потребували симультанної операції – адгезіолізису. ЛХЕ виконували за загальноприйнятою методикою, а при адгезіолізисі використовували ножиці, біполярну коагуляцію, і в 45 хворих – ультразвуковий скальпель.

Результати та обговорення

Виконання лапароскопічних втручань у хворих, які мали в анамнезі операції на органах черевної порожнини, потребує точної діагностики вісцеро-парієтальних спайок. При визначенні ймовірності наявності спайок у черевній порожнині враховували дані анамнезу, особливості клінічної картини, характер та локалізацію післяопераційних рубців і результати ультразвукового дослідження.

Із 87 хворих зі СХ тільки в 37 (42,5%) були її клінічні прояви. Рентгенологічні методи доопераційної діагностики СХ виявилися малоефективними, лише в окремих випадках (у 8 хворих) зафіксовано симптоми порушення пасажу контрастної маси по травному каналу і деформацію контуру кишки спайками.

Більш достовірною та інформативною виявилася ультразвукова діагностика СХ. Незалежно від

локалізації в черевній порожнині спайки мали практично однакову ехографічну картину, характер якої визначався ступенем вираженості рубцевих змін.

При ультразвуковій візуалізації СХ у 42 (48,3%) хворих спайки визначались як ехопозитивні включення лінійної або овальної форми, або як дрібно-крапкові утворення. На ехограмах у 10 (11,5%) хворих множинні спайки зливалися в одну з формуванням невеликих конгломератів неправильної овальної або округлої конфігурації. У 5 (5,7%) хворих спайковий процес візуалізувався як ехопозитивний неоднорідний тяж. Комбінації рубцевих змін різної форми виявлено в 11 (12,6%) хворих.

При СХ спостерігали відсутність або обмеження рухливості парієтального й вісцерального листків очеревини, а також симптоми «пружини» — зворотне повернення залученої в спайковий процес зони за рахунок еластичних властивостей спайок, що мало місце в 32 (36,8%) хворих. У 16 (18,4%) хворих СХ спостерігався симптом «куліси» — визначалася лінійна ехопозитивна структура, яка деформувала петлю кишки, що порушувала пасаж по кишечнику, іноді з обмеженням кровообігу в ній.

За наявності спайкового процесу в черевній порожнині ультразвукові симптоми захворювання виявлено у 67(77,0%) хворих. Наведені дані свідчать про високу діагностичну цінність ультразвукового методу для розпізнавання СХ.

На підставі результатів доопераційного обстеження СХ не була виявлена у 20 (23,0%) хворих, що стало приводом до виконання незапланованої симультанної операції.

Найвідповідальнішим етапом лапароскопічної операції у хворих на СХ є накладання пневмоперитонеуму й введення першого троакара, що зумовлено неможливістю візуального контролю за цими діями.

Пункцію голки Вереша і введення першого троакара у хворих, які перенесли раніше оперативні втручання на нижніх поверхнях черевної порожнини (апендектомія, гінекологічні операції, грижосічення у зв'язку паховими грижами), і за відсутності нижньосереднього лапаротомного доступу проведено в умбілікальній точці за класичною методикою 655 (69,7%) хворим.

За наявності нижньосередньої лапаротомії, операцій з приводу пупочних гриж, а також двох або більше оперативних втручань на нижньому поверсі черевної порожнини перший троакарний доступ здійснювали нижче за мечоподібний відросток за методом Хассана. Троакар у черевну порожнину вводили крізь мінілапаротомний доступ під візуальним і мануальним контролем, після чого розтин черевної стінки герметизували кисет-

ним швом і накладали пневмоперитонеум (211 (22,4%) хворих).

За наявності верхньосереднього й середньосереднього доступів, а також інших лапаротомних доступів у верхніх і середніх відділах передньої черевної стінки перший троакар вводили відкритим методом за Хассаном в умбілікальній точці (74 (7,9%) випадки).

Вважаємо, що точка пункції голкою Вереша й місце введення першого троакара повинні збігатися, оскільки введення першого троакара в іншій точці робить його першопрхідцем і виключає діагностичне значення пункції голкою Вереша, що збільшує ризик троакарного ушкодження внутрішніх органів.

Після введення першого троакара проводили лапароскопічну ревізію черевної порожнини, результати якої визначали подальший хід операції. При лапароскопічній ревізії у 97 (10,3%) хворих виявлено післяопераційний спайковий процес, що стало приводом для адгезіолізу у 87 з них. У 10 хворих адгезіолізіс вирішили не виконувати, оскільки спайковий процес локалізувався у малому тазу, не був вираженим, не спричиняв клінічних скарг у хворих, не перешкоджав виконанню ЛХЕ і не загрожував розвитком спайкової непрохідності надалі.

Наступні маніпуляційні троакари встановлювали під контролем лапароскопа в точках, вільних від спайкового процесу і адекватних для виконання наступного оперативного втручання. Якщо великі зрощення не давали змоги ввести хоча б один троакар у запланованих точках, то вводили троакар в іншій вільній від зрощень точці і звільняли передню черевну стінку від спайок у місцях майбутнього введення інших троакарів (15 хворих).

Первинний адгезіолізіс виконували до безпечного введення троакарів і доки не отримували достатній доступ до жовчного міхура, необхідний для безпечного й зручного його видалення. Після введення всіх троакарів обов'язково проводили ревізію ділянки введення першого троакара. Після виконання холецистектомії, до видалення жовчного міхура із черевної порожнини, виконували остаточний адгезіолізіс.

Роз'єднання спайок проводили як гострим, так і тупим способами. Тупий розділ виконували дисектором і затискачами. Для розтину тканин використовували ножиці, біполярну коагуляцію та ультразвуковий скальпель.

При тупому розділі спайок ймовірність травматизації великих судин і порожнинних органів є мінімальною, однак такий спосіб є малоефективним при розділі щільних потужних спайок. Розтин спайок необхідно проводити частинами, розділяючи їх вздовж площини зрощення з парієтальною



очеревиною (найменш васкуляризовані ділянки спайок) і відтягуючи всередину, що дає змогу відійти від підпаяного органа на безпечнішу відстань, чіткіше візуалізувати наявні у спайці судини й виявити прикриті сальником органи. Під час адгезіолізу мали місце поранення дрібних чепцевих судин, які легко коагулювали біполярною коагуляцією або ультразвуковим скальпелем. Судини, що продовжували кровоточити, вибірково захоплювали затискачем, відділяли від навколишніх тканин і коагулювали окремо. Неприпустимим є розділення спайок тупим способом, якщо в них залучена капсула печінки або селезінки, що може призвести до надриву капсули і паренхіматозної кровотечі.

Найбільш ефективним і безпечним методом роз'єднання спайок є використання ультразвукового скальпеля. Крім вузької зони деструкції тканини, при використанні ультразвукових ножиців, з'являється можливість комбінації в одному інструменті тупого методу розділення спайок і їх розтину з одночасною коагуляцією тканин.

При використанні біполярної коагуляції та ультразвукового скальпеля обирали режим коагуляції з мінімальною необхідною потужністю, енергію подавали короткими розрядами з невеликими терміновими інтервалами.

Ультразвуковий скальпель використано при адгезіолізісі в 45 хворих. Це дало змогу без кліпуння перетинати судини діаметром до 3 мм з надійним гемостазом. Крім того, після роз'єднання чепцевих зрощень ультразвуковим скальпелем не спостерігали підвищеної кровотечі, мікрогематоми тканин, що іноді мало місце при виконанні адгезіолізу електрокоагуляцією (9 випадків).

Певні труднощі виникали при розділі сальникових спайок із парієтальною очеревиною, що доволі часто спостерігалось після серединних лапаротомій і операцій з приводу пупкових гриж. Важливою умовою роз'єднання таких зрощень був достатній натяг підпаяного пасма сальника, що

давало змогу оглянути його на всьому протязі, з'ясувати анатомічні співвідношення і визначити найменш васкуляризовані ділянки, які повинні бути розсічені в першу чергу. Кровоносні судини повинні бути коагульовані або кліповані до їхнього розтину. Іноді, за неможливості розсічення спайок у місці їх прикріплення до парієтальної очеревини, мобілізували пасмо сальника з ділянкою парієтальної очеревини. Кровотечу з десерозованої ділянки передньої черевної стінки легко зупиняли електрокоагуляцією.

Інтра- і післяопераційних ускладнень не було. Середня тривалість симультанної операції при адгезіолізісі збільшувалася на 15–35 хв і становила ($59,4 \pm 5,9$) хв. Збільшення тривалості ЛХЕ за рахунок адгезіолізу не позначилося на перебігу раннього післяопераційного періоду, але дало змогу запобігти негативним наслідкам лапаротомії. Хворих виписували з клініки на 4–6-й день після операції.

Рецидивів СХ в оперованих нами хворих протягом 12–36 міс після операції не спостерігали.

Висновки

1. Раніше перенесені операції на органах черевної порожнини не є протипоказанням для лапароскопічних оперативних втручань, хоча збільшують ризик ятрогенних інтраопераційних ускладнень.

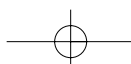
2. Сонографія має високу діагностичну цінність при СХ і дає змогу вибрати найбезпечнішу точку введення першого троакара.

3. Найбільш ефективним і безпечним методом адгезіолізу є використання ультразвукового скальпеля.

Перспективи досліджень у цій галузі хірургії полягають у подальшому розвитку безпечних лапароскопічних методів адгезіолізу, що дасть змогу поліпшити результати хірургічного лікування хворих, які раніше перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини.

Література

1. Богданов Ю.В., Ткачук Е.Н., Богданов Д.Ю., Цой А.С. Опыт выполнения симультанных операций // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С. 10–11.
2. Борисов А.Е., Левин Л.А., Аяганов С.А. Лапароскопические операции у ранее оперированных больных. – СПб.: Предприятие ЭФА, 2000. – 40 с.
3. Дикий О.Г. Роль лапароскопии в диагностике та лікуванні спайкової хвороби органів черевної порожнини // Хірургія України. – 2004. – № 3(11). – С. 18–20.
4. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
5. Митин С.Е., Сухопара Ю.Н., Игнатович И.Г. Лапароскопические вмешательства при острой кишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С. 45.





6. Праздников Э.Н., Сорокин О.Н., Семенов М.В. и др. Опыт лапароскопических вмешательств при острой спаечной кишечной непроходимости // Там же. – С. 53–54.
7. Шурыгин С.Н., Дмитриев В.Б. Лечение спаечной болезни брюшной полости эндовидеохирургическим методом // Там же. – С. 40–41.
8. Karayiannakis A.J., Polychronidis A., Perente S. et al. Laparoscopic cholecystectomy in patients with previous upper or lower abdominal surgery // Surgical Endoscopy. – 2004. – Vol. 18 – P. 97–101.
9. Schenk C., Scheuerecker H., Glaser F. Laparoscopic adhesiolysis - results following prospective surveillance // Chirurgie. – 2000. – Vol. 71(1). – P. 66–71.
10. Swank D.J., W. F. M. van Erp, Repelaer van Driel O.J. et al. Complications and feasibility of laparoscopic adhesiolysis in patient with chronic abdominal pain // Surgical Endoscopy. – 2002. – Vol. 16. – P. 1468–1473.

С.А. Бычков, Л.В. Усенко, Т.Е. Скалозуб

Лапароскопические холецистэктомия и адгезиолизис у больных желчнокаменной болезнью, ранее перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости

Представлен опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии 940 больным, ранее перенесшим оперативные вмешательства на органах брюшной полости, из них 87 больным выполнен адгезиолизис. Проведен анализ эффективности дооперационной диагностики и лапароскопических методов коррекции спаечной болезни.

S.O. Bychkov, L.V. Usenko, T.E. Skalozub

Laparoscopic cholecystectomy and adhesiolysis in patients with gallstone disease and previous surgery on abdominal cavity

The article presents an experience of the laparoscopic cholecystectomy in 940 patients with previous surgery on abdominal cavity organs, from them 87 were undergone adhesiolysis. The analysis has been held for the efficacy of preoperative diagnostics and laparoscopic methods of the adhesive disease correction.

